

Автономная некоммерческая организация высшего образования «Научно-клинический центр имени Башларова»



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Рабочая программа дисциплины | Б1.О.33 Акушерство |
| Уровень профессионального образования | Высшее образование-специалитет |
| Специальность | 31.05.03 Стоматология |
| Квалификация | Врач - стоматолог |
| Форма обучения | Очная |

Рабочая программа дисциплины «Акушерство» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

| Формируемые компетенции | Индикатор достижения компетенции | Планируемые результаты обучения по дисциплине |
|---|---|---|
| <p>ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p> | <p>ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физического обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> | <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - особенности течения и возможные осложнения беременности и диагностику осложнений беременности послеродового периода. Методы диагностики и инструментальные исследования для оценки состояния здоровья беременных и родильниц. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработать и обосновать план диагностических мероприятий с учетом протекания беременности и послеродового периода. Поставить предварительный диагноз. Сформулировать развернутый клинический диагноз с учетом протекания беременности и послеродового периода по международной статистической классификации болезней (МКБ-10) <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> -навыками сбора анамнеза клиническими и инструментальными методами оценки состояния беременных и родильниц. Владеть навыками оказания неотложной помощи при экстренных состояниях у беременных (эклампсия). |
| | <p>ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и</p> | <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные осложнения беременности, родов и послеродового периода. Факторы риска инфицирования плода у беременных и причины развития осложнений течения беременности. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> -правильно интерпретировать данные при сборе анамнеза. Уметь интерпретировать результаты дополнительных методов исследования с позиций доказательной медицины. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> -навыками оценки, результатов иссле- |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> | <p>дования, инструментальных методов обследования для оценки состояния беременной, родильницы. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза. Владеть алгоритмом помощи при неотложных состояниях у беременной (эклампсия).</p> |
| <p>ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p> | <p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p> | <p>Знать: -показания к избранному методу лечения при осложнениях течения беременности и послеродового периода (при инфекциях у беременных и инфицировании плода). Уметь: -разрабатывать индивидуальный план лечебных мероприятий при осложнениях беременности, послеродового периода. Владеть: методикой планирования лечебно-профилактических мероприятий у беременных, родильниц.</p> |
| | <p>ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> | <p>Знать: -алгоритм оказания лечебной помощи при осложнениях беременности (инфицировании беременной и плода) и при неотложных состояниях (эклампсия). Уметь: - разработать индивидуальный план лечебных мероприятий беременным и родильницам (санация полости рта). Составлять план профилактики осложнений беременности с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: -алгоритмом оказания помощи при неотложных состояниях во время беременности и послеродовом периоде</p> |
| | <p>ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> | <p>Знать: - показания к применения лекарственных препаратов беременным, родильницам с учетом их безопасности для матери и плода.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>Уметь:</p> <p>-разрабатывать индивидуальный план лечебных мероприятий при физиологической беременности и осложнениях беременности и послеродового периода.</p> <p>Владеть:</p> <p>- методами контроля за эффективностью назначенных лекарственных препаратов, с позиций доказательной медицины, беременным и родильницам, с учетом безопасности их для матери и плода.</p> |
| | ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма | <p>Знать:</p> <p>- физиологические изменения в организме беременной и родильницы. Этиологию и патогенез стоматологических заболеваний у беременных.</p> <p>Уметь:</p> <p>- определить патологию челюстно-лицевой области у беременных и родильниц для оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов с позиции доказательной медицины.</p> <p>Владеть:</p> <p>- методикой лечебно-профилактических мероприятий у беременных и родильниц.</p> |

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

| Код компетенции | Формулировка компетенции | Семестр | Этап |
|-----------------|---|---------|----------------|
| ОПК-5 | Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | 8 | заключительный |
| ОПК-6 | Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | 8 | основной |

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Акушерство» относится к обязательной части блока 1 ОПОП высшего образования программа специалитета.

Конечная цель освоения учебной дисциплины состоит в подготовке врача-стоматолога, способного оказывать помощь при родовспоможении, и ориентироваться в клинических симптомах акушерско-гинекологических заболеваний для своевременного специализированной медицинской помощи.

профессиональному циклу дисциплин, по специальности Стоматология высшего профессионального медицинского образования, изучается в восьмом семестре.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины, формируются в процессе овладения

- гуманитарными и социально-экономическими дисциплинами (философия, биоэтика; психология, педагогика; правоведения, история медицины; латинский язык);

- естественно-научными, медико-биологическими дисциплинами (биохимия; анатомия человека; гистология, эмбриология, цитология; нормальная физиология; патологическая анатомия; патофизиология; микробиология, вирусология; иммунология, клиническая иммунология; фармакология);

- медико-профессиональными и клиническими дисциплинами (медицинская реабилитация; гигиена; общественное здоровье, здравоохранение, экономика здравоохранения; внутренние болезни, хирургические болезни, стоматология профилактическая).

Значимость данной дисциплины определяется подготовкой квалифицированного специалиста, овладевшего знаниями по состоянию репродуктивной системы женщины в различные периоды ее жизни, физиологического развития беременности и плодово-плацентарного комплекса, течения пуэрперия и их осложнений, а также различных видов гинекологических заболеваний, с учетом физиологии и патологии зубочелюстной системы.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. 2 / час 72

| Вид учебной работы | Всего часов | Семестр | |
|--|-------------|---------|----|
| | | 7 | 8 |
| Контактная работа | 36 | | 36 |
| В том числе: | - | | - |
| Лекции | 6 | | 6 |
| Лабораторные работы (ЛР) | - | | - |
| Практические занятия (ПЗ) | 30 | | 30 |
| Самостоятельная работа (всего) | 36 | | 36 |
| В том числе: | - | | - |
| Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | | | |
| Самостоятельное изучение тем | | | |
| Реферат | | | |
| Вид промежуточной аттестации зачет | | - | |
| Общая трудоемкость час. | 72 | - | 72 |
| з.е. | 2 | | 2 |

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

| № п/п | Содержание лекций дисциплины | Трудоемкость (час) |
|-------|--|--------------------|
| 1. | Акушерство | |
| 1.1. | Женский таз с акушерских позиций. Размеры малого таза, плоскости малого таза, проводная ось малого таза, угол наклона таза. Родовой путь. Плод как объект родов. Швы, роднички, размеры головки плода, сегменты головки. Роды. Определение родов. Теории развязывания родовой деятельности, понятие готовности организма к родам, предвестники родов, клиническое течение родов. Особенности раскрытия шейки матки у первородящих и повторнородящих. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления, ведение I, II и III периодов родов. Акушерские пособия в родах, обезболивание родов. Способы выделения отделившегося последа, осмотр и оценка отделившегося последа. Понятие физиологической и патологической кровопотери. Осмотр родовых путей. Профилактика осложнений в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Новорожденный. Первый туалет новорожденного, оценка новорожденного по шкале Апгар. Оценка зрелости и доношенности новорожденного. | 1,5 |
| 1.2. | Физиологическое течение послеродового периода: изменения в организме родильницы (половых органах, молочных железах); | 1,5 |

| | | |
|-----|--|-----|
| | <p>ведение нормального послеродового периода, значение грудного вскармливания, питания родильницы. Уход за полостью рта, молочными железами, наружными половыми органами. Продолжительность послеродового отпуска. Значение заболеваний матери в течение послеродовых осложнений. Период новорожденности: анатомо-физиологические особенности новорожденных, уход за новорожденными, режим вскармливания, профилактика заболеваний зубочелюстной системы новорожденных. Лечение новорожденных с расщеплением твердого неба и верхней губы, аномалии развития нижней челюсти (аномалии Робена, отоцефалия), медико-генетическое консультирование новорожденных.</p> <p>Послеродовые гнойно-септические заболевания: классификация, этиология, хронические очаги инфекции, как источник инфекции послеродовых септических осложнений. Понятие об основных формах послеродовых заболеваний, лечение, профилактика. Наблюдение стоматологом за состоянием зубочелюстной системы родильниц.</p> | |
| 1.3 | <p>Анатомически узкий таз: классификация узких тазов А.Я. Красовского, особенности узких тазов в современных условиях, особенности течения и ведения родов. Состояние зубочелюстной системы при аномалиях костного таза.</p> <p>Клинически узкий таз: причины, клиника, врачебная тактика, осложнения.</p> <p>Аномалии сократительной деятельности матки: слабость родовых сил, дискоординация родовой деятельности, быстрые роды. Тактика ведения, осложнения. Несвоевременное излитие околоплодных вод, тактика, осложнения.</p> <p>Родовой травматизм матери: разрывы промежности, шейки матки, влагалища, травматическое повреждение лонного сочленения.</p> <p>Разрыв матки: клиническое течение угрожающего и совершившегося разрыва матки, лечение, профилактика.</p> <p>Родовой травматизм плода: кефалогематома, кровоизлияние в мозг, парез лицевого нерва, плечевого сплетения, перелом ключицы, конечностей.</p> <p>Острые и хронические гипоксии плода: диагностика, профилактика, лечение.</p> <p>Акушерские операции: родоразрешающие операции, операции в последовом и раннем послеродовом периодах (ручное отделение плаценты, ручное обследование послеродовой матки), показания, техника проведения, обезболивание. Кесарево сечение: показания, противопоказания, методика выполнения.</p> <p>Тазовое предлежание плода: особенности течения и ведения родов при тазовом предлежании плода, ручное пособие при тазовых предлежаниях.</p> | 1,5 |
| | <p>Гестозы беременных: этиология и патогенез, классификация. Ранние гестозы: слюнотечение, рвота беременных, редко встречающиеся формы. Принципы лечения, показания к прерыванию беременности. Поздние гестозы: водянка, нефропатия, преэклампсия.</p> | 1,5 |

| | | |
|-------|--|----------|
| | <p>лампися, эклампсия, гипертония. Особенности течения поздних гестозов на современном этапе. Сочетанные формы. Клиника, диагностика, современные методы лечения. Течение и ведение родов и послеродового периода при гестозах. Группа беременных с повышенным риском возникновения позднего гестоза, ведение в женской консультации. Кариес и пародонтопатии у беременных с ранним и поздним гестозом, гингивиты, связь с количеством беременностей и гестозом. Профилактическая и лечебная стоматологическая помощь беременным с гестозом в женской консультации.</p> <p>Искусственный аборт: медицинские показания к прерыванию беременности, противопоказания к искусственному аборту и его осложнения. Инфицированный аборт. Контрацепция.</p> <p>Внематочная беременность: этиология, патогенез, клиника развивающейся и нарушенной трубной беременности, методы диагностики. Тактика врача при подозрении и диагностике внематочной беременности. Профилактика трубной беременности и реабилитация женщин, перенесших трубную беременность.</p> <p>Невынашивание беременности: этиология, профилактика, тактика при первичном невынашивании. Преждевременные роды, особенности ведения Перенашивание беременности, влияние на плод.</p> <p>Трофобластическая болезнь: клиника, диагностика, тактика врача, реабилитация женщин.</p> <p>Предлежание плаценты: этиология, классификация, течение беременности, ведение родов.</p> <p>Преждевременная отслойка нормально расположенной</p> | |
| Итого | | 6 |

Практические занятия

| № п/п | № раздела | Содержание практических занятий | Трудоемкость (час) | Форма текущего контроля |
|-------|-----------|---|--------------------|----------------------------|
| 1 | 1.1 | <p>Родовой путь. Женский таз с акушерских позиций. Плод как объект родов. Клиника и ведение нормальных родов. Профилактика основных осложнений.</p> <p>Преподаватель ведет студентов в родильный зал, где студенты наблюдают процесс родов, определяют периоды родов, оказывают акушерского пособия в родах, оценивают признаки отделения последа, наблюдают осмотр последа и его целостности, осмотр родовых путей после родов, каким образом проводится профилактика осложнений в последовом и раннем послеродовом периодах, проведение первого туалета новорожденного и оценку его по шкале Апгар, оценку его зрелости и доношенности. Особое внимание</p> | 6 | Устный опрос, Тестирование |

| | | | | |
|---|-----|--|---|-----------------|
| | | <p>уделяется течению данной беременности и выявлению факторов риска возникновения осложнений в послеродовом и раннем послеродовом периодах, подробно разбирается течение настоящих родов. Обсуждаются назначаемые медикаментозные средства, обосновывается их назначение.</p> <p>Последующее обсуждение проводится в учебной комнате. Преподаватель дает краткую оценку работы каждого студента.</p> | | |
| 2 | 1.2 | <p>Нормальный послеродовый период. Период новорожденности. Профилактика гнойно-септических заболеваний у родильниц и новорожденных. Роль санации полости рта в профилактике гнойно-септических заболеваний.</p> <p>Преподаватель ведет студентов в физиологической и обсервационное послеродовые отделения, где студенты принимают участие в осмотре женщин в послеродовом периоде, определяют физиологическое или патологическое течение послеродового периода у родильницы, учатся диагностировать субинволюцию матки, патологический лактостаз, мастит. Обсуждаются назначаемые медикаментозные средства, обосновывается их назначение. Последующее обсуждение проводится в учебной комнате. Преподаватель дает краткую оценку работы каждого студента.</p> | 6 | Защита реферата |
| 3 | 1.3 | <p>Значение объединения роддома и женской консультации. Организация работы роддома в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н. Методы обследования беременных в акушерстве. Диагностика беременности. Развитие плода. Формирование зубочелюстной системы в антенатальном периоде. Влияние экстрагенитальной патологии на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного. Методы обследования и диагностического наблюдения беременных женщин в женской консультации.</p> | 6 | Тестирование |

| | | | | |
|---|-----|---|----|--------------|
| | | Преподаватель ведет студентов в женскую консультацию, где студенты принимают участие в осмотре, знакомятся с особенностями диспансеризации, ведением медицинской документации | | |
| 4 | 1.4 | Понятие о клинически узком тазе. Родоразрешение при тазовом предлежании плода. Акушерский травматизм матери и плода. Родоразрешающие операции. Кесарево сечение. Преподаватель ведет студентов в родильный зал (операционную), где знакомит студентов с основными этапами операции кесарева сечения, с акушерскими пособиями в родах | 6 | Доклады |
| | 1.5 | Гестозы беременных. Кровотечение в первой половине беременности (аборт, внематочная беременность, Трофобластическая болезнь). Кровотечение во второй половине беременности, в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Студенты небольшими группами по 3 - 4 человека под руководством преподавателя посещают отделение патологии беременных, где проводят сбор анамнеза, осмотр беременных и различными формами гестозов, токсикозов первой половины беременности, угрозой преждевременных родов, перенашиванием беременности или предлежанием плаценты. Студенты учатся выявлять симптомы этих заболеваний. Обсуждается лечение беременных с данными патологиями, необходимость назначения тех или иных препаратов. После посещения отделения патологии беременных в классной комнате преподаватель обсуждает со студентами обследованных пациенток и подводит итоги. Зачет. | 6 | Устный опрос |
| | | Итого | 30 | |

Самостоятельная работа обучающихся

| № п/п | № общих модулей, частных модулей | Наименование раздела/темы учебной дисциплины | Трудоемкость (час) | Вид контроля |
|-------|----------------------------------|--|--------------------|--------------|
| 1 | 1.1 | Клиническое практическое занятие. | 6 | Устный опрос |

| | | | | |
|---|-----|---|----|---|
| | | Самостоятельная работа с медицинской документацией. Работа над ситуационными задачами. Работа с дополнительной литературой. | | |
| 2 | 1.2 | Клиническое практическое занятие. Самостоятельная работа с медицинской документацией. Работа над ситуационными задачами. Работа с дополнительной литературой. | 6 | Доклады |
| 3 | 1.3 | Клиническое практическое занятие. Самостоятельное изучение медицинской документации. Работа с дополнительной литературой | 6 | Защита реферата |
| 4 | 1.4 | Клиническое практическое занятие. Самостоятельная работа с медицинской документацией. Работа над ситуационными задачами. Работа с дополнительной литературой | 6 | Защита реферата, решение практических заданий |
| 5 | 1.5 | Клиническое практическое занятие. Самостоятельная работа с медицинской документацией. Работа над ситуационными задачами. Работа с дополнительной литературой | 6 | Устный опрос |
| 6 | 2.1 | Клиническое практическое занятие. Самостоятельная работа с медицинской документацией. Работа над ситуационными задачами. Работа с дополнительной литературой и Интернет-ресурсами | 6 | Устный опрос |
| | | Итого | 36 | |

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: зачет.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Тестовые задания

1. Связь материнского организма и плода осуществляется через:
 - А. Плаценту.
 - Б. Барорецепторы стенки матки.
 - В. Водные оболочки плода.
 - Г. Децидуальную оболочку матки.
2. Становление фетоплацентарной системы заканчивается:
 - А. К 16-й неделе беременности.
 - Б. К 20-й неделе беременности.
 - В. К 24-й неделе беременности.
 - Г. К 28-й неделе беременности.
3. Ранняя функция цитотрофобласта состоит:
 - А. В осуществлении гистиотрофного питания зародыша.
 - Б. В продукции хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена.
 - В. В продукции экстрогенов и прогестерона.
 - Г. В синтезе простагландинов.
4. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего:
 - А. На 5-й день беременности.
 - Б. На 11-12-й день беременности.
 - В. На 14-15-й день беременности.
 - Г. На 20-й день беременности.
5. Вторичные ворсинки хориона образуются:
 - А. На 5-й день беременности.
 - Б. На 11-12-й день беременности.
 - В. На 14-15-й день беременности.
 - Г. На 20-й день беременности.
6. Третичные ворсинки хориона образуются:
 - А. На 1-й неделе беременности.
 - Б. На 2-й неделе беременности.
 - В. На 3-й неделе беременности.
 - Г. На 4-й неделе беременности.
7. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности развивается:
 - А. Первичная плацентарная недостаточность.
 - Б. Ранний токсикоз беременных.
 - В. Артериальная гипертензия беременных.
 - Г. Гестационный сахарный диабет.
8. Основной функцией плаценты является:

- А. Амортизационная.
 - Б. Запирательная.
 - В. Секретирующая.
 - Г. Гормональная.
9. Окончательно доказано, что зрелая плацента продуцирует следующий гормон:
- А. Адренкортикотропный гормон.
 - Б. Тиреотропный гормон.
 - В. Плацентарный лактоген.
 - Г. Меланоцитостимулирующий гормон.
10. Эмбриопатией называются заболевания:
- А. Аномалии развития плода, возникшие в первом триместре беременности.
 - Б. Все внутриутробные пороки развития плода.
 - В. Заболевания, обусловленные изменениями генетического материала в процессе созревания половых клеток.
 - Г. Возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза.
11. Следующая после имплантации стадия дифференцировки трофобласта - это образование:
- А. Морулы.
 - Б. Бластоцисты.
 - В. Первичных ворсин хориона.
 - Г. Вторичных ворсин хориона.
12. Обмен газами (O_2 и CO_2) между матерью и плодом осуществляется путем:
- А. Простой диффузии.
 - Б. Фагоцитоза.
 - В. Избирательной абсорбции.
 - Г. Пиноцитоза.
13. Эмбриогенез заканчивается:
- А. На 4-й неделе развития плода.
 - Б. На 6-й неделе развития плода.
 - В. На 8-й неделе развития плода.
 - Г. На 10-й неделе развития плода.
14. Плацентация начинается:
- А. С 13-й недели развития зародыша.
 - Б. С момента врастания вторичных ворсин за пределы базальной мембраны децидуальной оболочки.
 - В. С момента превращения вторичных ворсин в третичные.
 - Г. С момента начала атрофических изменений клеток цитотрофобласта.
15. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через:
- А. Плацентарные септы.

- Б. Спиральные артерии.
 - в. Магистральные сосуды матки.
 - Г. Котиледоны.
16. В системе органов дыхания у беременной женщины наблюдается:
- А. Повышение парциального давления CO₂ крови.
 - Б. Снижение парциального давления CO₂ крови.
 - в. Повышение артериовенозной разницы в содержании O₂ и CO₂.
 - Г. Гиповентиляция.
17. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:
- А. Снижается объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40 - 50%.
 - Б. Увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30 - 40%.
 - В. Отмечается ангидремия.
 - Г. Развивается гипокоагуляция.
18. Во время нормальной беременности наблюдаются следующие изменения в углеводном обмене:
- А. Тенденция к глюкозурии.
 - Б. Ослабление клубочковой фильтрации сахара.
 - в. Повышение чувствительности к инсулину.
 - Г. Подавление глюконеогенеза.
19. Во время нормальной беременности происходят следующие изменения в липидном обмене:
- А. Нарастает содержание липидов в плазме крови.
 - Б. Снижается уровень незатвердевающих жирных кислот.
 - в. Снижается содержание липидов в эритроцитах.
 - Г. Снижается уровень триглицеридов сыворотки крови.
20. Плацента непроницаема для:
- А. Алкоголя.
 - Б. Морфина, барбитуратов.
 - в. Пенициллина.
 - Г. Гепарина.
21. Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев:
- А. На 5.
 - Б. На 4.
 - в. На 3.
 - Г. На 2.
22. В 24 недели гестационного возраста длина плода равна:
- А. 30 см.
 - Б. 24 см.
 - в. 18 см.
 - Г. 12 см.
23. В 28 недель гестационного возраста длина плода равна:
- А. 35 см.

- Б. 30 см.
в. 24 см.
Г. 18 см.
24. В 32 недели гестационного возраста длина плода равна:
А. 45 см.
Б. 43 см.
В. 40 см.
Г. 35 см.
25. В 36 недель гестационного возраста длина плода равна:
А. 48 см.
Б. 45 см.
в. 43 см.
Г. 40 см.
26. В 40 недель беременности в среднем длина плода составляет:
А. 55 см.
Б. 53 см.
в. 50 см.
Г. 45 см.
27. При нормальной беременности в сердечно-сосудистой системе наблюдаются следующие изменения:
А. Повышается систолическое давление крови.
Б. Повышается диастолическое давление крови.
в. Повышается периферическое сопротивление сосудов.
Г. Повышается объем циркулирующей крови.
28. Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок:
А. 16 - 20 недель.
Б. 22 - 24 недели.
в. 26 - 36 недель.
Г. 38 - 40 недель.
29. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения:
А. Гипохлоргидрия.
Б. Усиление моторной функции желудка.
в. Усиление перистальтики кишечника.
Г. Увеличение секреции пепсина.
30. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения:
А. Постоянная интенсивность нейродинамических процессов.
Б. Понижение возбудимости коры головного мозга.
в. Понижение возбудимости ретикулярной формации мозга.
Г. Понижение тонуса адренергической вегетативной нервной системы.
31. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза:
А. Гиперкоагуляция.

- Б. Гипокоагуляция.
в. Коагулопатия потребления.
Г. Активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена.
32. Повышение артериального давления, выявленное в 10 недель беременности, делает возможным развитие следующего осложнения:
А. Раннего токсикоза.
Б. Железодефицитной анемии беременных.
в. Синдрома нижней полой вены.
Г. Артериальной гипертензии беременных.
33. Тяжесть раннего токсикоза характеризуется:
А. Потерей массы тела.
Б. Ацетонурией.
в. Субфебрилитетом.
Г. Головной болью.
34. Объективное обследование беременной начинается:
А. С пальпации живота.
Б. С аускультации сердцебиения плода.
в. С измерения окружности живота.
Г. С объективного обследования по системам.
35. Положение плода - это:
А. Отношение спинки плода к сагиттальной плоскости.
Б. Отношение спинки плода к фронтальной плоскости.
в. Отношение оси плода к оси матки.
Г. Взаимное расположение отдельных частей плода.
36. Правильным является членорасположение плода, когда:
А. Головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.
Б. Головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.
В. Головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.
Г. Головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах.
37. Правильным положением плода считается:
А. Продольное.
Б. Косое.
в. Поперечное с головкой плода, обращенной влево.
Г. Поперечное с головкой плода, обращенной вправо.
38. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:
А. Спинки.
Б. Головки.
в. Мелких частей.
Г. Тазового конца.
39. Предлежание плода - это отношение:

- А. Головки плода к входу в таз.
 - Б. Тазового конца плода к входу в малый таз.
 - В. Наиболее низколежащей части плода к входу в таз.
 - Г. Головки плода к дну матки.
40. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:
- А. Позиция плода.
 - Б. Вид плода.
 - В. Высота стояния дна матки.
 - Г. Предлежащая часть.
41. Окружность живота во 2-й половине беременности измеряется:
- А. На середине расстояния между пупком и мечевидным отростком.
 - Б. На уровне пупка.
 - В. На 3 поперечных пальца ниже пупка.
 - Г. На 2 поперечных пальца выше пупка.
42. Истинная конъюгата - это расстояние между:
- А. Серединой верхнего края лонного сочленения и мысом. Б. Наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом.
 - В. Нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса. Г. Гребнями подвздошных костей.
43. Выявленное в 10 недель беременности отсутствие «пика» выделения ХГ делает возможным развитие следующих осложнений:
- А. Развитие первичной плацентарной недостаточности.
 - Б. Эмбриопатия.
 - В. Хромосомные aberrации.
 - Г. Опухоль надпочечников плода.
44. Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается:
- А. На 10%.
 - Б. На 30%.
 - В. На 40%.
 - Г. На 50%.
45. В 28 недель беременности плод имеет массу тела:
- А. 500 граммов.
 - Б. 800 граммов.
 - В. 1000 граммов.
 - Г. 1400 граммов.
46. Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста:
- А. 13 - 20 недель.
 - Б. 21 - 26 недель.
 - В. 27 - 34 недели.
 - Г. 35 - 40 недель.
47. Генотип плода определяется:
- А. Набором хромосом (XX или XY).

- Б. Особенностью строения внутренних половых органов.
 в. Особенностью строения наружных половых органов.
 Г. Половым хроматином.
48. Генотип совпадает с фенотипом:
 А. Всегда.
 Б. Не всегда.
 в. Только на ранних стадиях развития.
 Г. Только после рождения.
49. Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности обусловлена:
 А. Снижением осмотического давления в плазме крови.
 Б. Повышенной экскрецией натрия из организма.
 в. Снижением секреции альдостерона.
 Г. Повышением онкотического давления плазмы крови.
50. Наиболее частым осложнением первого триместра беременности является:
 А. Преждевременное созревание плаценты.
 Б. Запоздалое созревание плаценты.
 в. Вторичная плацентарная недостаточность.
 Г. Угроза самопроизвольного выкидыша.
51. Основной причиной развития позднего выкидыша является:
 А. Истмико-цервикальная недостаточность.
 Б. Первичная плацентарная недостаточность.
 в. Хромосомные аномалии.
 Г. Тупая травма живота.
52. Согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (приказ № 572-н) для медикаментозной терапии плацентарной недостаточности используют следующие группы препаратов:
 А. Спазмолитики. Б. Токолитики.
 в. Антиагреганты. Г. Бета2-адреностимуляторы.
53. При нормально развивающейся беременности в III триместре в крови матери:
 А. Увеличивается количество тромбоцитов.
 Б. Снижается содержание фибриногена.
 в. Развивается гидремия.
 Г. Возникает «сладж-синдром».
54. Различают следующие виды плацентарной недостаточности:
 А. Впервые возникшая и рецидивирующая.
 Б. Прогрессирующая и регрессирующая.
 в. Коротко и длительно текущая.
 Г. Первичная и вторичная.
55. Высота дна матки в 32 недели беременности составляет:
 А. 25 см. Б. 30 см.
 в. 35 см. Г. 40 см.

56. Балльная оценка степени «зрелости» шейки матки предусматривает оценку следующих признаков:

- А.Симптома «зрачка».
- Б. Консистенции влажной части шейки матки.
- В.Степени раскрытия шейки матки.
- Г. Симптома натяжения цервикальной слизи.

57. Для «зрелой» шейки матки характерно:

- А.Открытие шеечного канала на 5 - 6 см.
- Б. Расположение наружного зева кзади от проводной оси таза.
- В.Размягчение шейки матки.
- Г. Плотный внутренний зев.

58. При массе тела новорожденного 2 500 г его следует считать:

- А.Недоношенным.
- Б. Незрелым.
- В.Гипотрофичным.
- Г. Здоровым, правильно развитым.

59. Запоздалое созревание плаценты может приводить:

- А.К перенашиванию беременности.
- Б. К преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- В.К формированию физиологической незрелости плода.
- Г. К преждевременному прерыванию беременности.

60. Признаком полного отделения плаценты в родах будет:

- А.Отсутствие опускания отрезка пуповины.
- Б. Изменение контуров и смещение дна матки.
- В.Втягивание пуповины при глубоком вдохе роженицы.
- Г. Продолжение пульсации пуповины.

61. Оптимальная продолжительность родов у первородящей составляет:

- А.2 - 4 часа.
- Б. 5 - 7 часов.
- В.8 - 10 часов.
- Г. 12 - 14 часов.

62. Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей составляет:

- А.3 - 5 часов.
- Б. 5 - 7 часов.
- В. 6 - 8 часов.
- Г. 10 - 12 часов.

63. При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометриальный кровоток:

- А. Возрастает.
- Б. Снижается.
- В. Не изменяется.
- Г. Увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других.

64. Для нормально протекающего преламинарного периода ха-

рактерно:

- А. Болезненность маточных сокращений.
- Б. Формирование в ЦНС доминанты родов.
- В. Уменьшение уровня эстриола.
- Г. Снижение тонуса симпатико-адреналовой системы.

65. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря:

- А. До 400 мл.
- Б. До 500 мл.
- В. До 600 мл.
- Г. До 800 мл.

66. Регенерация тканей плацентарной площадки происходит под влиянием:

А. Распада и отторжения остатков амниотической оболочки. Б. Регенерации эндометрия из донных желез.

В. Эпителизации миометрия.

Г. Образования грануляционного вала из тучных клеток.

67. В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через:

- А. 8 недель.
- Б. 10 недель.
- В. 16 недель.
- Г. 20 недель.

68. Молозиво отличается от грудного молока тем, что содержит:

- А. Больше количество жиров.
- Б. Больше количество углеводов.
- В. Больше количество белка.
- Г. Меньше количество белка.

69. Преждевременно начавшиеся потуги могут свидетельствовать:

А. О наличии патологического преламинарного периода. Б. Об ущемлении паховой грыжи.

В. О дистонии шейки матки.

Г. О наличии клинически узкого таза.

70. Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается:

А. В усилении надпочечниками плода продукции кортизола. Б. В повышении продукции тиреотропного гормона у плода.

В. В снижении выработки прогестерона тканями плаценты.

Г. В усиленной продукции гистамина тканями плаценты.

71. Характерным признаком полного плотного прикрепления плаценты является:

А. Боль в животе.

Б. Кровотечение.

В. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода.

Г. Отсутствие признаков отделения плаценты.

72. Средний объем околоплодных вод в конце беременности составляет:

- А. 100 мл.
- Б. 500 мл.
- В. 1000 мл.
- Г. 2000 мл.

73. Достоверным признаком беременности является:

- А. Увеличение размеров матки.
- Б. Диспепсические нарушения.
- В. Наличие плода в матке.
- Г. Увеличение живота.
- Е. Отсутствие менструации.

74. Рост толщины плаценты прекращается в срок беременности:

- А. 27 - 28 недель.
- Б. 30 - 31 неделя.
- В. 35 - 36 недель.
- Г. 37 - 40 недель.

75. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:

- А. Геометрически правильного ромба.
- Б. Треугольника.
- В. Неправильного четырехугольника.
- Г. Четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении.

76. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

- А. Максимального сгибания.
- Б. Умеренного сгибания.
- В. Умеренного разгибания.
- Г. Максимального разгибания.

77. Во 2-м периоде родов сердцебиение плода контролируется:

- А. После каждой потуги.
- Б. Через каждые 15 минут.
- В. Через каждые 10 минут.
- Г. Через каждые 5 минут.

78. Вид плода - это отношение:

- А. Спинки плода к сагиттальной плоскости.
- Б. Оловки плода к плоскости входа в малый таз.
- В. Спинки плода к передней и задней стенкам матки.
- Г. Оси плода к продольной оси матки.

79. Головное предлежание плода при физиологических родах:

- А. Переднеголовное.
- Б. Затылочное.
- В. Лобное.
- Г. Лицевое.

80. Диагональная конъюгата - это расстояние между:

- А. Нижним краем симфиза и мысом.
- Б. Седалищными буграми.

- в. Гребнями подвздошных костей.
Г. Большими вертелами бедренных костей.
81. Истинная конъюгата в норме равна (см):
А. А. 11.
Б. Б. 13.
В. В. 9.
Г. Г. 20.
82. В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:
А. Укорочена, размягчена.
Б. Сглажена частично.
В. Сглажена полностью.
Г. Сохранена.
83. Подготовительные схватки отличаются от родовых:
А. Регулярностью и частыми интервалами.
Б. Увеличением амплитуды напряжений матки.
В. Болезненностью.
Г. Структурными изменениями шейки матки.
84. Первый период физиологических родов заканчивается всегда:
А. Полным раскрытием шейки матки.
Б. Возникновением потуг.
В. Излитием околоплодных вод.
Г. Через 6 - 8 часов от начала регулярных схваток.
85. Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются:
А. Возрастание внутриматочного давления.
Б. Увеличение объема матки.
В. Дистракция миометрия.
Г. Увеличение размеров плацентарной площади.
86. Термином «послеродовой период» обозначают:
А. Первые 2 месяца после родов.
Б. Период грудного кормления новорожденного.
В. Период послеродовой аменореи.
Г. Первые 2 часа после родов.
87. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем:
А. Сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах.
Б. Увеличения секреции пролактина.
В. Снижения содержания эстрогенов.
Г. Снижения содержания андрогенов.
88. К препаратам, тормозящим лактацию, относятся:
А. Прогестерон.
Б. Парлодел.
В. Барбитураты.
Г. Нитрофураны.

89. При нормальной беременности в мочевыделительной системе у беременной женщины наступают следующие изменения:

- А. Снижается почечный кровоток.
- Б. Увеличивается скорость клубочковой фильтрации.
- В. Происходит некоторое сужение почечных лоханок.
- Г. Повышается тонус мочеточников и мочевого пузыря.

90. Достоверным признаком беременности является:

- А. Увеличение размеров матки.
- Б. Аменорея.
- В. Наличие хориального гонадотропина в моче.
- Г. Наличие сердцебиения плода.

91. Основная роль эстрогенов в родах заключается:

- А. В повышении уровня прогестерона.
- Б. В снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки.
- В. В снижении секреции тиреотропного гормона у матери и плода.
- Г. В ослаблении продукции пролактина.

92. Показанием к эпизиотомии в родах является:

- А. Гемолитическая болезнь плода.
- Б. Срочные роды.
- В. Головное предлежание плода.
- Г. Угроза разрыва ригидной промежности.

93. Нормальная сократительная деятельность матки в родах характеризуется:

А. Значительным повышением базального тонуса матки. Б. Гипертонусом нижнего сегмента матки.

В. Смещением водителя ритма (пейсмейкера) с дна на тело матки.

Г. Расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон.

94. Основными причинами гипогалактии являются:

А. Невынашивание беременности в анамнезе.

Б. Реконструктивно-пластические операции на молочной железе в анамнезе.

В. Резус-конфликтная беременность.

Г. Снижение секреции пролактина.

95. Ведение родов в первом периоде включает в себя контроль:

А. За интенсивностью шевелений плода.

Б. За особенностями церебральной гемодинамики роженицы.

В. За скоростью раскрытия шейки матки.

Г. За функцией кишечника роженицы.

96. Ведение родов во втором периоде родов не требует контроля:

А. За состоянием роженицы и плода.

Б. За «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода.

В. За состоянием фетоплацентарного кровотока.

Г. За давлением в межворсинчатом пространстве.

97. В раннем послеродовом периоде происходят следующие из-

менения в половой системе родильницы:

А. Субинволюция матки.

Б. Полное формирование канала шейки матки.

В. Снижение тонуса мышц тазового дна.

Г. Ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки.

98. Сократительная функция матки в родах зависит от:

А. Уровня тиреотропного гормона.

Б. Концентрации окситоцина, выделяемого гипофизом матери и плода.

В. Содержания тромбоксана.

Г. Содержания адренорецепторов в миометрии.

99. Для осуществления нормальной инволюции послеродовой матки имеет значение:

А. Нормальное функционирование дыхательной системы родильницы.

Б. Гигиена новорожденного.

В. Естественное вскармливание новорожденного.

Г. Диетика родильницы.

100. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет:

А. 50 мл.

Б. 100 мл.

В. 200 мл.

Г. До 1,5 л.

101. Нормальная продолжительность родов у первородящих:

А. От 10 до 18 часов.

Б. От 6 до 4 часов.

В. От 4 до 2 часов.

Г. От 8 до 6 часов.

102. Нормальная продолжительность родов у повторнородящих:

А. От 10 до 8 часов.

Б. От 8 до 6 часов.

В. От 6 до 4 часов.

Г. От 4 до 2 часов.

103. Объективный критерий эффективности родовой деятельности в первом периоде родов:

А. Характер схваток.

Б. Динамика раскрытия шейки матки.

В. Продвижение плода по родовому каналу.

Г. Вид предлежания плода.

104. Скорость раскрытия маточного зева у первородящих:

А. 1 см в 1 час.

Б. 2 см в 1 час.

В. 3 см в 1 час.

Г. 0,5 см в 1 час.

105. Скорость раскрытия маточного зева у повторнородящих:

- А. 1 см в 1 час.
 - Б. 2 см в 1 час.
 - В. 3 см в 1 час.
 - Г. 0,5 см в 1 час.
106. При лицевом предлежании проводной точкой является:
- А. Подбородок.
 - Б. Лоб.
 - В. Большой родничок.
 - Г. Середина стреловидного шва.
107. При лобном предлежании проводной точкой является:
- А. Подбородок.
 - Б. Лоб.
 - В. Большой родничок .
 - Г. Середина стреловидного шва.
108. При переднеголовном предлежании проводной точкой является:
- А. Большой родничок.
 - Б. Середина стреловидного шва.
 - В. Малый родничок.
 - Г. Лоб.
109. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях оказывается:
- А. После рождения плода до нижних углов лопаток при неэффективных потугах.
 - Б. При прорезывании ягодиц.
 - В. Для выведения головки.
 - Г. При ножном предлежании.
110. Установлен диагноз: Первый период срочных родов. Чисто ягодичное предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод. Выпадение пуповины. Показано срочное окончание родов с помощью операции:
- А. Перинеотомии.
 - Б. Экстракции плода за тазовый конец.
 - В. Кесарева сечения.
 - Г. Акушерских щипцов.
111. Наиболее распространенный метод родоразрешения при тазовом предлежании плода с массой более 4000 граммов:
- А. Кесарево сечение.
 - Б. Извлечение плода за тазовый конец.
 - В. Роды через естественные родовые пути.
 - Г. Наружный профилактический поворот плода за головку.
112. Через сколько минут должны закончиться роды после рождения плода до пупочного кольца:
- А. 1 минута.
 - Б. 3 минуты.
 - В. 5 минут.
 - Г. 8 минут.

113. Вероятный признак беременности:
А. Плаксивость, раздражительность, смена настроения.
Б. Увеличение молочных желез и выделение молозива.
В. Пальпация мелких частей плода.
Г. Неукротимая рвота.
114. Сомнительный признак беременности:
А. Прекращение менструаций.
Б. Определение ХГЧ в моче.
В. Изменение обонятельных ощущений.
Г. Увеличение молочных желез и выделение молозива.
115. Какая характеристика сердцебиения плода относится к норме:
А. 150 уд/мин, аритмичное, приглушенное.
Б. 136 уд/мин, ясное, ритмичное.
В. 124 уд/мин, ясное, аритмичное.
Г. 100 уд/мин, ясное, ритмичное.
116. Понятие доношенного плода определяется по:
А. Состоянию сердечной деятельности плода.
Б. Массе тела новорожденного более 2,5 кг.
В. Сроку беременности.
Г. Признакам физического развития плода.
117. Основными критериями зрелости плода:
А. Длина плода 50 см.
Б. Срок беременности.
В. Частота сердцебиения плода 120 - 140 уд/мин.
Г. Оценка по шкале Апгар.
118. Плоскость входа в малый таз ограничена:
А. Верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
Б. Верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
В. Серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
Г. Серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
119. Плоскость широкой части малого таза ограничена:
А. Верхним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой мыса.
Б. Нижним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
В. Серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
Г. Серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
120. Плоскость узкой части полости малого таза ограничена:
А. Нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой крестца.
Б. Нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцо-

во-копчиковым сочленением.

в. Серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.

Г. Серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением между 2-м и 3-м крестцовыми позвонками.

121. Плоскость выхода малого таза ограничена:

А. Нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика.

Б. Нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением.

в. Нижним краем лона, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением.

Г. Нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой копчика.

122. Истинная конъюгата:

А. Расстояние между нижним краем лона и выдающейся точкой мыса

Б. равняется в норме 13 см.

в. Расстояние между верхним краем лона и мысом

Г. равняется в норме 21 см.

123. Методика кесарева сечения, наиболее часто применяемая в современном акушерстве:

А. Интраперитонеальный, в нижнем сегменте матки.

Б. Трансперитонеальный, в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости.

в. Экстраперитонеальное кесарево сечение.

Г. Корпоральное кесарево сечение.

124. Продолжительность послеродового периода составляет:

А. 10 дней.

Б. 4 недели.

в. 6 - 8 недель.

Г. 6 месяцев.

125. Продолжительность послеродового периода определяется:

А. Появлением первой менструации.

Б. Инволюцией матки.

в. Прекращением лохий.

Г. Длительностью лактации.

126. Продолжительность раннего послеродового периода составляет:

А. 24 часа.

Б. 6 часов.

в. 12 часов.

Г. 2 часа.

127. Лактация начинается под действием:

А. Плацентарного лактогена.

Б. Прогестерона.

в. Эстрогенов.

Г. Пролактина.

128. Недопустимый при выписке на 6-е сутки характер лохий родильницы:

А. Слизистые.

Б. Серозно-кровянистые.

В. Серозные.

Г. Кровянистые.

129. Лактация начинается:

А. Сразу после родов.

Б. На 1 - 2 сутки.

В. На 3 - 4 сутки.

Г. В третьем триместре беременности.

130. Наиболее частое заболевание почек при беременности:

А. Гломерулонефрит.

Б. Гидронефроз.

В. Пиелонефрит.

Г. Мочекаменная болезнь.

131. Сроки беременности, типичные для развития пиелонефрита:

А. 8 - 12 недель.

Б. 14 - 18 недель.

В. 20 - 24 недели.

Г. 38 - 39 недель.

132. Антибактериальный препарат, применяемый для лечения пиелонефрита в 1-м триместре беременности:

А. Эритромицин.

Б. Фурадонин.

В. 5-НОК.

Г. Ампициллин.

133. Сроки беременности, более характерные для болевого синдрома при мочекаменной болезни:

А. 38 - 40 недель.

Б. 24 - 28 недель.

В. 32 - 34 недели.

Г. 8 - 12 недель.

134. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся:

А. С периода зачатия и заканчивающийся рождением плода. Б. С периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения.

В. С периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов.

Г. С 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после родов.

135. Нормальному развитию плода в организме беременной женщины способствует:

- А. Иммунологическая инертность хориона.
 - Б. Эритроцитарные антигены плода в материнском кровотоке.
 - В. Система HLA плода.
 - Г. Повышенная активность гуморального звена иммунитета.
136. Концентрация альфа-фетопротеина в сыворотке крови женщины может повышаться:
- А. При нормальном развитии плода.
 - Б. При дефектах развития нервной трубки плода.
 - В. При пороках развития почек плода.
 - Г. При пороках развития матки.
137. Плацента выполняет следующую роль в иммунологических взаимоотношениях матери и плода при нормальном течении беременности:
- А. Подавляет антигенную стимуляцию матери.
 - Б. Блокирует механизмы взаимной толерантности матери и плода.
 - В. Снижает синтез прогестерон-индуцированного блокирующего фактора.
 - Г. Препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток.
138. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе «мать - плацента - плод» приводит к развитию следующих осложнений:
- А. Врожденным порокам сердца плода.
 - Б. Синдрому фето-фетальной трансфузии.
 - В. Неиммунной водянки плода.
 - Г. Преэклампсии.
139. Гемолитическая болезнь новорожденного связана:
- А. С аутоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода.
 - Б. С аутоиммунизацией матери по резус-фактору.
 - В. С изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода.
 - Г. Причины гемолитической болезни плода не известны.
140. Термин изоиммунизация означает:
- А. Стимуляцию иммунитета.
 - Б. Подавление иммунитета.
 - В. Образование антител.
 - Г. Снижение реактивности организма.
141. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью:
- А. Групп крови матери и отца.
 - Б. Крови матери и плода по резус-фактору.
 - В. Крови матери и плода по системе HLA.
 - Г. Крови матери и плода по системе тромбоцитарных антигенов.
142. Условиями возникновения резус-конфликта являются:
- А. Наличие резус-положительного плода у резус-положительной матери.
 - Б. Сенсibilизация матери к резус-фактору.
 - В. Переливание совместимой крови в анамнезе.
 - Г. Наличие резус-отрицательного плода у резус-положительной матери.

ри.

143. После первой беременности частота иммунизации у резус- отрицательных женщин составляет:

- А. 10%.
- Б. 30%.
- В. 50%.
- Г. 100%.

144. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет:

- А. 0,3 - 0,7%.
- Б. 3 - 7%.
- В. 10%.
- Г. 15%.

145. Сочетание групповой и резус-сенсбилизации в материнском организме для плода:

- А. Не имеет значения.
- Б. Более опасно.
- В. Менее опасно.
- Г. Очень опасно.

146. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является:

- А. Снижение титра антител.
- Б. «Скачущий» титр антител.
- В. Наличие «полных» антител.
- Г. Признаки гипоплазии плаценты и плода.

147. В нашей стране за критерий жизнеспособности плода (ново-рожденного) принимается срок беременности:

- А. 20 недель.
- Б. 22 недели.
- В. 26 недель.
- Г. 28 недель.

148. Наименьшая длина жизнеспособного плода составляет:

- А. 30 см. Б. 32 см.
- В. 35 см. Г. 50 см.

149. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

- А. 500 граммов. Б. 600 граммов.
- В. 800 граммов. Г. 1000 граммов.

150. Исследование околоплодных вод во время беременности позволяет определить:

- А. Вес плода.
- Б. Степень зрелости легких плода.
- В. Функцию сердца плода.
- Г. Длину тела плода.

151. При развитии гемолитической болезни у плода имеет место:

- А. Расстройство функции почек.
- Б. Развитие гипопропротеинемии и повышение проницаемости сосудов.

- в. Гипоплазия поджелудочной железы.
Г. Гипоплазия эритроцитарного ростка костного мозга плода.
152. Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезус-ных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна:
А. Нет.
Б. Да.
в. В зависимости от наличия осложнений.
Г. В зависимости от паритета родов.
153. При изосенсибилизации наиболее часто наблюдаются следующие осложнения:
А. Гидремия.
Б. Внепеченочный холестаз.
в. Ранний токсикоз беременных.
Г. Преждевременная отслойка плаценты.
154. Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных определяют в крови:
А. Количество юных форм лейкоцитов.
Б. Почасовой прирост билирубина, группу крови, резус-принадлежность крови.
в. Почасовой прирост билирубина, наличие ретикулоцитарного криза.
Г. Группу крови, резус-принадлежность крови, наличие анизо- и пойкилоцитов.
155. Ультразвуковая оценка II степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
А. 26 - 29 недель. Б. 30 - 33 недели.
в. 34 - 37 недель. Г. 38 - 40 недель.
156. Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
А. 26 - 29 недель.
Б. 30 - 33 недели.
в. 34 - 37 недель.
Г. 38 - 40 недель.
157. Ультразвуковая оценка 0 степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
А. 26 - 29 недель.
Б. 30 - 33 недели.
в. 34 - 37 недель.
Г. 38 - 40 недель.
158. Ультразвуковая оценка I степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
А. 26 - 29 недель.
Б. 30 - 33 недели.
в. 34 - 37 недель.
Г. 38 - 40 недель.

159. Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании:
- А. Всегда считается признаком гипоксии плода.
 - Б. Диагностического значения не имеет.
 - В. Не связано с гипоксией плода.
 - Г. Свидетельствует о пороке развития плода.
160. Нормальной реакцией сердечной деятельности плода на задержку дыхания у матери является:
- А. Учащение частоты сердечных сокращений.
 - Б. Урежение частоты сердечных сокращений.
 - В. Вначале урежение, а затем учащение.
 - Г. Реакция сердечной деятельности плода в норме отсутствует.
161. В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной:
- А. 110 - 160 в минуту.
 - Б. 100 - 150 в минуту.
 - В. 100 - 180 в минуту.
 - Г. Более 200 в минуту.
162. Сущность гемолитической болезни у плода заключается:
- А. В гемолизе тромбоцитов.
 - Б. В гидремии.
 - В. В нарушении функции легких плода.
 - Г. В билирубиновой интоксикации.
163. Токсичным является:
- А. Прямой билирубин.
 - Б. Непрямой билирубин.
 - В. Общий билирубин.
 - Г. Уровень билирубина не оказывает токсического воздействия.
164. Угроза преждевременных родов сопровождается:
- А. Повышением базального тонуса матки.
 - Б. Сниженной возбудимостью миометрия.
 - В. Компенсаторной активизацией функции фетоплацентарной системы.
 - Г. Метаболическим алкалозом в сыворотке крови плода.
165. Наличие децелераций на кардиотохограмме свидетельствует:
- А. О нормальном состоянии плода.
 - Б. О гипоксии плода.
 - В. Об инфицировании плода.
 - Г. О спинномозговой грыже у плода.
166. Переношенная беременность характеризуется:
- А. Наличием патологических изменений в миометрии.
 - Б. Нарушением функции пуповины.
 - В. Преждевременным созреванием тканей плаценты.
 - Г. Уменьшением количества околоплодных вод.
167. При переношенной беременности у плода может иметь место:

- А. Активизация сурфактной системы легких плода.
Б. Гипероксия.
В. Вторичная гипотрофия плода.
Г. Стимуляция красного ростка кроветворения организма плода.
168. Частота пороков развития у переношенного плода:
А. Выше.
Б. Ниже.
В. Не выше, чем в общей популяции.
Г. Нет четкой зависимости.
169. При переношенной беременности частота преэклампсии:
А. Повышается.
Б. Снижается.
В. Не изменяется.
Г. Остается на уровне общей популяции.
170. Выделительная функция почек у плода при переношенной беременности:
А. Повышена.
Б. Не изменена.
В. Понижена.
Г. Сначала повышена, в дальнейшем снижена.
171. Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного:
А. Доношенного.
Б. Недоношенного.
В. Переношенного.
Г. С внутриутробной задержкой роста.
172. При ведении преждевременных родов при чисто ягодичном предлежании показано применение пособия по Цовьянову II:
А. Да.
Б. Нет.
В. Только при преждевременном излитии околоплодных вод.
Г. Применение пособия оказывается по желанию роженицы.
173. В системе гемостаза у переношенного новорожденного происходит:
А. Гиперкоагуляция.
Б. Гипокоагуляция.
В. Выраженные изменения отсутствуют.
Г. Активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено.
174. Гормональная функция плаценты при переношенной беременности:
А. Снижена.
Б. Повышена.
В. Не изменена.
Г. Изменяется индивидуально.
175. О критическом состоянии плода свидетельствует:
А. Однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах.

- Б. Разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах.
- В. КЩС в плазме и эритроцитах не свидетельствует о состоянии плода.
- Г. Уровень гемоглобина крови плода.
176. При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:
- А. Чистым кислородом.
- Б. Смесью 80 - 60% кислорода и воздуха.
- В. Гелиокислородной смесью (1:1).
- Г. Только воздухом.
177. Снижение мышечного тонуса у новорожденного может быть обусловлено нарушением:
- А. Обмена билирубина.
- Б. Синтеза миоглобина.
- В. Мозгового кровообращения.
- Г. Обмена нуклеиновых кислот.
178. К легкой степени асфиксии относится оценка по шкале Апгар:
- А. 8 баллов. Б. 6 - 7 баллов.
- В. 5 баллов. Г. 4 и менее баллов.
179. При гипоксии плода ацидоз плазмы крови:
- А. Нарастает.
- Б. Снижается.
- В. Существенно не изменяется.
- Г. Изменяется так же, как в эритроцитах.
180. Изменения гемодинамики у новорожденного при острой гипоксии отличаются от хронической:
- А. Снижением ОЦК и снижением гематокрита.
- Б. Снижением ОЦК и повышением гематокрита.
- В. Повышением ОЦК и снижением гематокрита.
- Г. ОЦК и гематокрит при острой гипоксии не меняются.
181. Снижение variability базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотохограммы:
- А. Свидетельствует о гипоксии плода.
- Б. Свидетельствует об отсутствии гипоксии плода.
- В. Не является существенным признаком.
- Г. Отражает задержку развития плода.
182. При наличии разнояйцевой многоплодной беременности зрелость плодов определяется:
- А. Совместно по массе тела плодов.
- Б. Совместно по длине тела плодов.
- В. По признакам зрелости у каждого плода отдельно.
- Г. Совместно по массе и длине тела плодов.
183. Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного обусловлена:
- А. Его массой.
- Б. Его ростом.

- В. Гестационным возрастом новорожденного.
Г. Степенью незрелости новорожденного.
184. Идиопатический респираторный дистресс-синдром - это:
А. Расстройство дыхания, связанное с врожденным пороком развития легких плода.
Б. Расстройство дыхания, связанное с возникновением ателектазов легкого.
В. Расстройство дыхания, связанное с формированием синдрома гипербилирубинемии.
Г. Расстройство дыхания, связанное с нарушением перфузии газов.
185. Секрецию сурфактанта в легких плода усиливает:
А. Ацетилхолин.
Б. Простагландин F-2-альфа.
В. Глюкокортикоиды.
Г. Углекислый газ.
186. Любое субдуральное или церебральное кровоизлияние у плода (новорожденного) относится:
А. К асфиксии.
Б. К последствиям родовой травмы.
В. К следствию плацентарной недостаточности.
Г. К факторам риска внутричерепной гипертензии.
187. Масса тела у новорожденного менее 2 500 граммов может быть признаком:
А. Синдрома Патау.
Б. Синдрома Эдвардса.
В. Синдрома задержки развития плода.
Г. Синдрома фето-фетальной трансфузии.
188. Для диагностики внутриутробной задержки роста плода наиболее информативны данные:
А. О содержании прогестерона.
Б. О содержании плацентарного лактогена.
В. О содержании трофобластического гамма-глобулина.
Г. Результаты ультразвуковой фетометрии.
189. Причиной синдрома дыхательных расстройств у плода может являться:
А. Родовая травма ЦНС.
Б. Пороки развития почек.
В. Пороки развития пищевода.
Г. Абсолютная короткость пуповины.
190. Признаками гипоксии плода на кардиотахограмме являются:
А. Повышение вариабельности частоты сердечных сокращений.
Б. Поздние децелерации.
В. Поздние акцелерации.
Г. Ранние акцелерации.
191. Гипоксически-травматическое повреждение нервной системы

плода возникает вследствие:

- А. Преждевременного излития околоплодных вод.
- Б. Снижения маточно-плацентарного кровообращения.
- В. Повышения активности процессов апоптоза клеток плода.
- Г. Преобладания тонуса парасимпатической нервной системы плода.

192. Основными задачами первичной реанимации новорожденных являются:

- А. Восстановление функции внешнего дыхания.
- Б. Погашение углекислой задолженности.
- В. Коррекция анемических нарушений.
- Г. Восстановление нормальных анатомических соотношений верхних дыхательных путей.

193. Нерациональная кислородотерапия у новорожденного может вызвать:

- А. Активацию дыхательных ферментов.
- Б. Гипероксическую гипоксию.
- В. Стимуляцию подкорковых ядер мозга.
- Г. Активацию глюконеогенеза.

194. Искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе может вызвать следующую родовую травму плода:

- А. Перелом ключицы.
- Б. Перелом плеча.
- В. Травму спинного мозга и/или позвоночника.
- Г. Перелом атланта.

195. Особенностью шейного отдела позвоночника плода является:

А. Тесное переплетение сосудов с парасимпатическими нервными волокнами.

- Б. Узкие каналы, где проходят позвоночные артерии.
- В. Широкие каналы, где проходят позвоночные артерии.
- Г. Отсутствие симпатической иннервации сосудов.

196. У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через:

- А. 60 секунд.
- Б. 90 секунд.
- В. 120 секунд.
- Г. 5 минут после рождения.

197. Нарушение состояния сурфактантной системы у новорожденного чаще всего обусловлено:

- А. Внутритробоной гипоксией плода.
- Б. Незрелостью клеток альвеолярного эпителия.
- В. Увеличением митозов клеток, продуцирующих сурфактант.
- Г. Врожденным отсутствием ферментов, способствующих синтезу сурфактанта.

198. К причинам синдрома дыхательных расстройств у новорожденных относится:

- А. Субклинический гипотиреоз у беременной.
 - Б. Родовая травма.
 - В. Гестационный пиелонефрит у беременной.
 - Г. Гемолитическая изоиммунная анемия.
199. Шкала Сильвермана учитывает у новорожденного:
- А. Лишь внешние клинические признаки.
 - Б. Глубину метаболических нарушений.
 - В. Состояние сердечно-сосудистой системы.
 - Г. Нарушение функции печени и почек.
200. Аспирационный синдром чаще наблюдается у плодов:
- А. Перенесших антенатальный алкалоз.
 - Б. Перенесших антенатальную гипоксию.
 - В. Перенесших перинатальный стресс.
 - Г. Перенесших постнатальную гипертермию.
201. Риск развития аспирационного синдрома у плода чаще всего имеет место:
- А. При медикаментозно обезболенных родах.
 - Б. При ручном обследовании полости матки.
 - В. При перенашивании беременности.
 - Г. При ложном узле пуповины.
202. Отечно-геморрагический синдром плода чаще всего развивается:
- А. При наличии у роженицы сердечной патологии.
 - Б. При наличии резус-отрицательной крови роженицы без титра анти-тел.
 - В. При наличии гестационного пиелонефрита у беременной.
 - Г. При формировании первичной плацентарной недостаточности.
203. На наличие плацентарной недостаточности указывает:
- А. Снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня.
 - Б. Повышение уровня ТТГ более 4,0 мЕд/л.
 - В. Повышение уровня ЩФ более 260 Ед/л.
 - Г. Снижение уровня прогестерона менее 500 нмоль/л.
204. Охлажденный и сухой кислород в концентрации выше 60% может вызвать:
- А. Апноэ.
 - Б. Тахикардию.
 - В. Повреждение альвеолярных мембран.
 - Г. Аритмию.
205. Искусственная вентиляция легких новорожденного с помощью маски более 5 - 10 минут может вызвать:
- А. Попадание воздуха в поддиафрагмальное пространство.
 - Б. Затруднение движения диафрагмы.
 - В. Аритмию.
 - Г. Повреждение гортанных связок.
206. Если в течение 15 минут ИВЛ у новорожденного не наступило

самостоятельное дыхание или не повысилось количество баллов по шкале Апгар свыше 1, следует:

- А. Внутрисердечно ввести адреналин.
- Б. Начать непрямой массаж сердца.
- В. Прекратить реанимационные мероприятия.
- Г. Применить краниocereбральную гипотермию (КЦГ).

207. Показаниями к краниocereбральной гипотермии у новорожденных являются:

- А. Асфиксия легкой степени.
- Б. Наличие незначительной родовой опухоли.
- В. Продолжительность потужного периода более 1,5 часа.
- Г. Нарастание неврологической симптоматики.

208. К вазоактивным препаратам, применяемым для лечения плацентарной недостаточности, относятся:

- А. Фолиевая кислота.
- Б. Глютаминовая кислота.
- В. Галаскорбин.
- Г. Дипиридамол.

209. Аминокислотой, применяемой в комплексной терапии плацентарной недостаточности, является:

- А. Трентал.
- Б. Партусистен.
- В. Изоптин.
- Г. Метионин.

210. Из средств, влияющих на реокоагуляционные свойства крови, для лечения плацентарной недостаточности применяют:

- А. Коргликон.
- Б. Курантил.
- В. Витамин В1.
- Г. Дротаверин.

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

- А. Глюкозу (5 -10%) - раствор с инсулином.
- Б. Токолитики.
- В. Спазмолитики.
- Г. Седативные препараты.

212. Наиболее частыми причинами преждевременного прерывания беременности в I триместре ее развития являются:

- А. Ранний токсикоз.
- Б. Врожденные пороки развития плода.
- В. Гестационный сахарный диабет.
- Г. Врожденные пороки сердца беременной.

213. Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются:

- А. Врожденные пороки развития плода.
- Б. Преэклампсия тяжелой степени.

- в. Истмико-цервикальная недостаточность.
Г. Гиперэстрогемия.
214. Длительная ингаляция чистого кислорода приводит к следующему:
- А. Вызывает фиброзные изменения в легких.
 - Б. Подавляет аэробные процессы.
 - в. Способствует алкалозу.
 - Г. Способствует гипокапнии.
215. При угрозе самопроизвольного выкидыша гормональная терапия гестагенами назначается беременным:
- А. С гипофункцией яичников.
 - Б. С выраженным многоводием.
 - в. С пороками развития плода.
 - Г. С аденогенитальным синдромом.
216. Показанием к применению токолитиков во время беременности является:
- А. Сахарный диабет.
 - Б. Тиреотоксикоз.
 - в. Угроза прерывания беременности в III триместре беременности.
 - Г. Преждевременная отслойка плаценты.
217. Условиями для применения токолитиков являются:
- А. Целый плодный пузырь и наличие регулярной родовой деятельности.
 - Б. Целый плодный пузырь и отсутствие регулярной родовой деятельности.
 - в. Открытие шейки матки более чем на 2 - 3 см.
 - Г. Признаки гипотрофии плода II степени.
218. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного развивается при следующей патологии:
- А. Болезни эластиновых мембран.
 - Б. Внутрочерепном кровоизлиянии.
 - в. Эмболии околоплодными водами.
 - Г. Омфалите.
219. При осмотре переносимого новорожденного выявляется следующее:
- А. Яички не опустились в мошонку.
 - Б. Клитор и малые половые губы не прикрыты большими.
 - в. Небольшая исчерченность стоп.
 - Г. Сухая морщинистая кожа с небольшим количеством сыровидной смазки.
220. Для выбора тактики при переносимой беременности имеет значение:
- А. Оценка позиции плода.
 - Б. Определение состояния шейки матки.
 - в. Спонтанный или индуцированный характер наступления беременно-

сти.

Г. Определение длины плода.

221. Выберите относительные показания к абдоминальному родоразрешению при переносной беременности:

А. Умеренное многоводие.

Б. Компенсированная плацентарная недостаточность.

В. Преждевременное излитие околоплодных вод.

Г. Тазовое предлежание предполагаемого крупного плода.

222. Острая гипоксия плода развивается у беременных:

А. При преэклампсии.

Б. При гемолитической болезни плода.

В. При хронической внутриматочной инфекции.

Г. При разрыве матки.

223. Сурфактантная система легких плода выполняет следующие функции:

А. Регулирует энергообмен.

Б. Снижает поверхностное натяжение и обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания.

В. Регулирует кровоснабжение легких плода.

Г. Является гормонопродуцирующей зоной.

224. Хроническая плацентарная недостаточность возникает:

А. При обширных инфарктах в плаценте.

Б. При преждевременной отслойке плаценты.

В. При эклампсии.

Г. При длительно текущей преэклампсии.

225. Острая плацентарная недостаточность есть следствие:

А. Длительной угрозы преждевременного прерывания беременности.

Б. Изосерологической несовместимости крови матери и плода.

В. Перенашивания беременности.

Г. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

226. Основные признаки переносной беременности:

А. Увеличение окружности живота.

Б. Уменьшение высоты дна матки.

В. Предлежащая часть глубоко стоит во входе в малый таз. Г. Снижение объема околоплодных вод.

227. Признаки угрозы преждевременных родов:

А. Уменьшение окружности живота.

Б. Увеличение высоты дна матки.

В. Длина шейки матки при цервикометрии менее 25 мм.

Г. Предлежащая часть высоко над входом в малый таз.

228. Для переносной беременности характерно:

А. Многоводие.

Б. Снижение базального тонуса матки.

В. Снижение возбудимости миометрия.

Г. Увеличение окружности живота.

229. Основными признаками переношенности плода являются:
- А. Живот увеличен с размерах с явным расхождением прямых мышц.
 - Б. Обилие сыровидной смазки.
 - В. Узкие швы и роднички, плотные кости черепа.
 - Г. Ногтевые пластинки не доходят до кончиков пальцев.
230. У переношенного новорожденного отмечается:
- А. Увеличение длины бедра.
 - Б. Первичная гипотрофия.
 - В. Уменьшение окружности головки.
 - Г. Увеличение окружности головки.
231. Родоразрешение при переношенной беременности проводят с учетом:
- А. Наличия гипоксии плода.
 - Б. Группы крови и резус-принадлежности пациентки.
 - В. Наличия истмико-цервикальной недостаточности.
 - Г. Паритета родов.
232. При истинном перенашивании беременности (плод в состоянии хронической гипоксии) целесообразна следующая тактика ведения родов:
- А. Родовозбуждение амниотомией и родостимуляция внутривенным введением окситоцина.
 - Б. Во втором периоде - акушерские щипцы.
 - В. Во втором периоде - вакуум-экстракция плода.
 - Г. Абдоминальное родоразрешение.
233. Причина хронической гипоксии плода:
- А. Преждевременная отслойка плаценты.
 - Б. Неполный разрыв матки.
 - В. Прижатие пуповины.
 - Г. Длительная угроза прерывания беременности.
234. О критическом состоянии новорожденного свидетельствует:
- А. Патологическая желтуха.
 - Б. Отечно-геморрагический синдром.
 - В. В плазме крови - гиперкалиемия.
 - Г. В плазме крови - гипернатриемия.
235. Основной причиной синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных является:
- А. Анатомически узкий таз.
 - Б. Инфекция В-20.
 - В. Хроническая гипоксия плода.
 - Г. Истинный узел пуповины.
236. Противопоказанием для проведения стероидной профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденного является наличие у матери:
- А. Нарушения толерантности к глюкозе.
 - Б. Гипертиреоза.
 - В. Субклинического гипотиреоза.

Г. Артериальной гипотонии.

237. К внутриутробному инфицированию плода может привести:

А. Отягощенный акушерский анамнез (привычное невынашивание беременности).

Б. Хронический аднексит.

В. Кольпит во время беременности.

Г. Резус-конфликтная беременность.

Г. Чревосечение, удаление придатков.

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 1 | А | 41 | Б | 81 | А | 121 | А | 161 | А | 201 | В |
| 2 | А | 42 | Б | 82 | А | 122 | В | 162 | Г | 202 | А |
| 3 | А | 43 | А | 83 | Г | 123 | А | 163 | Б | 203 | А |
| 4 | Б | 44 | Г | 84 | А | 124 | В | 164 | А | 204 | А |
| 5 | В | 45 | В | 85 | А | 125 | Б | 165 | Б | 205 | Б |
| 6 | В | 46 | А | 86 | А | 126 | Г | 166 | Г | 206 | В |
| 7 | А | 47 | А | 87 | А | 127 | Г | 167 | В | 207 | Г |
| 8 | Г | 48 | Б | 88 | Б | 128 | Г | 168 | А | 208 | Г |
| 9 | В | 49 | А | 89 | Б | 129 | В | 169 | А | 209 | Г |
| 10 | Г | 50 | Г | 90 | Г | 130 | В | 170 | В | 210 | Б |
| 11 | В | 51 | А | 91 | Б | 131 | В | 171 | Б | 211 | А |
| 12 | А | 52 | Г | 92 | Г | 132 | Г | 172 | Б | 212 | Б |
| 13 | В | 53 | А | 93 | Г | 133 | Г | 173 | А | 213 | В |
| 14 | В | 54 | Г | 94 | Г | 134 | Б | 174 | А | 214 | А |
| 15 | Б | 55 | Б | 95 | В | 135 | А | 175 | А | 215 | А |
| 16 | Б | 56 | Б | 96 | Г | 136 | Б | 176 | Б | 216 | В |
| 17 | Б | 57 | В | 97 | Г | 137 | Г | 177 | В | 217 | Б |
| 18 | А | 58 | Г | 98 | Б | 138 | Г | 178 | Б | 218 | Б |
| 19 | А | 59 | А | 99 | В | 139 | В | 179 | А | 219 | Г |
| 20 | Г | 60 | Б | 100 | Г | 140 | В | 180 | А | 220 | Б |
| 21 | А | 61 | В | 101 | А | 141 | Б | 181 | А | 221 | Г |
| 22 | А | 62 | В | 102 | А | 142 | Б | 182 | В | 222 | Г |
| 23 | А | 63 | Б | 103 | Б | 143 | А | 183 | Г | 223 | Б |
| 24 | В | 64 | Б | 104 | А | 144 | А | 184 | Б | 224 | Г |
| 25 | Б | 65 | А | 105 | Б | 145 | В | 185 | В | 225 | Г |
| 26 | В | 66 | Б | 106 | А | 146 | Б | 186 | Б | 226 | Г |
| 27 | Г | 67 | А | 107 | Б | 147 | Б | 187 | В | 227 | В |
| 28 | В | 68 | В | 108 | А | 148 | Б | 188 | Г | 228 | В |
| 29 | А | 69 | Г | 109 | А | 149 | А | 189 | А | 229 | В |
| 30 | Б | 70 | А | 110 | В | 150 | Б | 190 | Б | 230 | Г |
| 31 | А | 71 | Г | 111 | А | 151 | Б | 191 | Б | 231 | А |
| 32 | Г | 72 | В | 112 | В | 152 | Б | 192 | А | 232 | Г |
| 33 | Б | 73 | В | 113 | Б | 153 | Г | 193 | Б | 233 | Г |
| 34 | Г | 74 | В | 114 | В | 154 | Б | 194 | В | 234 | Б |
| 35 | В | 75 | А | 115 | Б | 155 | В | 195 | Б | 235 | В |
| 36 | Б | 76 | Б | 116 | В | 156 | Г | 196 | А | 236 | Б |
| 37 | А | 77 | А | 117 | А | 157 | А | 197 | Б | 237 | В |
| 38 | Б | 78 | В | 118 | Б | 158 | Б | 198 | Б | | |
| 39 | Г | 79 | Б | 119 | В | 159 | А | 199 | В | | |
| 40 | В | 80 | А | 120 | Б | 160 | А | 200 | Б | | |

Ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля.

Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам.

Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\ 80 мм рт. ст.. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влажными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексион-верзио, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.
4. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра половых органов в зеркалах и технику бимануального исследования.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы.
 - отвращение к запахам,
 - отсутствие менструации,
 - тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

2. Диагноз: беременность 8 недель. Устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков беременности: отвращение к запахам, тошнота, отсутствие менструации, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение тела матки.

Срок беременности устанавливается на основании бимануального обследования и даты последней менструации: матка увеличена до размеров гусиного яйца, последняя менструация 8 недель назад.

3. Дополнительные методы диагностики беременности:
 - определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче;
 - ультразвуковое исследование матки.
4. Определение срока беременности осуществляют:
 - по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель.

- по величине тела матки - 8 недель (небеременная матка имеет размер - с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).

Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации - 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней,

39 - 40 недель).

5. Техника осмотра шейки матки в зеркалах:

- укладывают женщину на гинекологическое кресло,
- одевают перчатки, готовят створчатое зеркало,
- левой рукой раздвигают малые половые губы, а в правой руке держат зеркало Куско, которое вводят во влагалище створками продольно. При введении одновременно поворачивают зеркало замком кверху, далее выводят шейку матки и фиксируют створки.

Бимануальное (двуручное) исследование проводят после осмотра в зеркалах.левой рукой раздвигают наружные половые органы. Два пальца (указательный и средний) правой руки вводят во влагалище, оценивая состояние влагалища, затем оценивают состояние шейки матки и сводов влагалища. Пальцы правой руки переводят в передний свод, левую руку кладут на переднюю стенку живота и придвигают матку к правой руке. Сближая обе руки, находят тело матки и определяют ее величину, форму и консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию придатков матки. Для этого пальцы внутренней и наружной руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. В норме придатки не пальпируются, выделения в норме слизистые, бесцветные.

Задача №2

Беременная И.А, 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.

Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа.

Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин., слева ниже пупка.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите сроки беременности по высоте стояния дна матки.
4. Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.
5. Продемонстрируйте технику наружного акушерского исследования.

ния (приемы Леопольда).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

- встать на учет по поводу беременности,
- определить срок беременности,
- определить предполагаемый срок родов.

Потенциальные проблемы.

- провести полное обследование,
- выявить группу риска,
- доносить беременность

2. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

3. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

16 недель - дно матки находится на середине между пупком и верхним краем симфиза.

20 недель - дно матки находится на два поперечных пальца ниже пупка

24 недели - дно матки находится на уровне пупка.

28 недель - дно матки находится на два поперечных пальца выше пупка.

32 недели - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

36 недель - дно матки находится на уровне мечевидного отростка

40 недель - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

4. При наружном акушерском исследовании определяется - продольное положение, первая позиция плода. Предлежащей частью является головка плода.

5. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда). При пальпации живота у беременной применяют последовательно 4 приема наружного акушерского исследования.

Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. С этой целью ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают и определяют уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную у дна матки.

Второй прием служит для определения положения плода, позиции и ее вида. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки и пальпацию частей плода проводят поочередно то одной, то другой рукой. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, а с противоположной мелкие части его - ручки и ножки.

Третий прием применяется для определения предлежащей части плода. Для этого правой рукой, расположенной над симфизом, охватывают предлежащую часть. Головка определяется в виде плотной круглой части. Отчетливо ощупывается ее "баллотирование", если она подвижна над входом в малый Таз. При тазовом предлежании над симфизом прощупывается объеми-

стая мягковатая часть, не имеющая округлой формы и четких контуров.

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния предлежащей части. Исследующий становится лицом к ногам беременной и, углубляя пальцы над симфизом, устанавливает отношение предлежащей части к входу в малый таз.

Задача №3

В машине скорой помощи, роженица после очередной потуги родила доношенную девочку.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД -120\80 мм рт. ст. Пульс 80 уд мин. Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря приблизительно - 100 - 150 мл. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется, при надавливании ребром ладони над симфизом не втягивается во влагалище.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз
3. Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.
4. Определите тактику ведения третьего периода родов.
5. Продемонстрируйте технику приема последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - боли,
 - беспокойство за исход родов и за состояние ребенка.
2. Потенциальные проблемы:
 - риск нарушения отделения и рождения последа
 - разрывы родовых путей
 - кровотечение в раннем послеродовом периоде.
2. Диагноз: роды срочные, третий период родов.
3. Признаки отделения плаценты от стенок матки:
 - лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется -признак Альфельда
 - при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается во влагалище - признак Кюстнера-Чукалова
4. Тактика ведения третьего периода родов:
 - опорожнить мочевой пузырь катетером,
 - следить за АД, пульсом, общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов, признаками отделения плаценты, за кровопотерей.
5. При наличии признаков отделения плаценты роженица должна потужиться. Фельдшер придерживает пуповину с лигатурой и одновременно подтягивает, перемещая ее кзади и по родовой оси таза слегка кпереди. При рождении плаценты фельдшер захватывает ее обеими руками и медленно вращает в одном направлении, при этом происходит скручивание оболочек,

что способствует постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва. Чтобы убедиться в целостности последа, его тщательно осматривают. Вначале осматривают плодовую и материнскую поверхности плаценты, а затем околоплодные оболочки.

Задача №4

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, балотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.
3. Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.
4. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.
5. Продемонстрируйте технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание.
2. При наружном акушерском исследовании определяются:
 - продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки.
 - II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.
 - предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и балотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.
3. В раскрытии шейки матки участвуют: родовые схватки, околоплодные воды, плодный пузырь.

Различия в сглаживании и раскрытии канала шейки матки заключаются в следующем: у первородящих - вначале идет раскрытие внутреннего зева, далее шейка укорачивается и полностью сглаживается, и раскрывается на-

ружный зев.

У повторнородящих - наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки.

4. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы - 320мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см ($100 \times 34 = 3400$ г).

5. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Перед оказанием пособия:

- проводят обработку роженицы;
- готовят инструменты для осмотра мягких тканей родовых путей матери;
- готовят набор инструментов и перевязочного материала для обработки новорожденного;
- акушерка готовится как к полостной операции.

Акушерка встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

1 момент. Кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

2 момент. Когда затылок родится и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Акушерка захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводят с головки ткани промежности. Над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 момент. С очередной потугой головка поворачивается личиком к левому или правому бедру матери. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лобковую дугу. После этого освобождают заднее плечико. Для этого: одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию кпереди, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее приготовленное место. И в первую очередь очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох.

Задача №5

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.

Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте). Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120\80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

Задания

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
4. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
5. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:
 - схваткообразные боли в животе,
 - усиление шевеления плода.Потенциальные проблемы.
 - риск осложненного течения родов,
 - гипоксия, асфиксия и травмы плода,
 - гибель плода.
2. Диагноз: срочные роды, первый период родов. Внутриутробная гипоксия плода.

Внутриутробная гипоксия плода диагностируется на основании:

- жалоб на усиленное шевеление плода.
- аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100уд\мин.

Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация в родильное отделение
- дача кислорода
- внутривенно ввести 40% раствор глюкозы 20мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл, 1% раствор сибигина 1мл.

4. Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.

Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):

- сердцебиение плода: отсутствует 0, меньше- 100 (1) больше- 100 (2)
- дыхание: отсутствует - 0, отдельные вдохи(1) регулярные (2)
- цвет кожи: бледность или цианоз (0), акроцианоз (1) розовый (2)
- мышечный тонус: отсутствует (0), полусогнутые конечности (1), поза флексии (2)
- рефлекторная возбудимость: реакция на отсасывание слизи, отсутствует (0), гримаса (1), крик, кашель (2)

5. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает:
- отсасывание слизи изо рта и из носа,
 - двухмоментную обработку пуповины,
 - профилактику гонобленорей,
 - антропометрию,
 - пеленание,
 - регистрацию
 - повторную профилактику гонобленорей.

Первый момент:

- на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывается зажим Кохера через 1-1,5 минуты после прекращения пульсации пуповины;
- отрезается пуповина ножницами от зажима Кохера на 0,5 см в материнскую сторону;
- срез пуповины обрабатывается 70% спиртом с добавками (хлоргексидин);
- материнский конец опускается в почкообразный тазик для сбора плацентарной крови;

Второй момент:

- повторная обработка рук, одеваются стерильные перчатки;
- акушерка держит пуповину зажимом Кохера и на расстоянии 23 см вверх от пупочного кольца обрабатывает ее 70° спиртом с добавками;
- от пупочного кольца на расстоянии 0,1-1 см накладвается скобка Роговина;
- от скобки вверх на расстоянии 0,5 см стерильными ножницами пуповина отрезается;
- срез пуповины обрабатывается 70° спиртом с добавками; культя остается открытой.

При закрытом способе на срез накладывается стерильная салфетка, затем сверху салфетки накладвается повязка, концы которой завязываются со стороны угла косынки.

Профилактика гонобленорей:

- с наружного угла к внутреннему каждый глаз новорожденного протирается отдельным шариком;
- держа пипетку горизонтально над глазом, стягивая нижнее веко, на слизистую конъюнктив на расстоянии 2 см от глаза закапывают 1-2 капли 30% раствор сульфацила натрия. Если родилась девочка, то 3 - 4 капли закапывается в половую щель.

Задача №6

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: _рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие,

язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние женщины.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы:

- потеря аппетита,
- рвота
- задержка менструации,
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- снижение массы тела,
- ухудшение состояния,
- обезвоживание организма,
- нарушение внутриутробного развития плода.

2. Диагноз: Беременность 12 недель. Ранний гестоз, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена - все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний гестоз, а рвота

- 10 раз в сутки - умеренную рвоту.
3. Состояние женщины средней тяжести.
4. Тактика фельдшера заключается в следующем.
 - взятие на диспансерный учет по беременности,
 - госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения раннего гестоза.
5. Измерение таза проводят тазомером. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:
 - дистанция спинарум - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.
 - дистанция кристарум - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговицы передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определят

наибольшее расстояние.

- дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговки.

- наружная конъюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговку другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)

- истинная конъюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной конъюгаты 9 см. (20- 9 = 11).

- диагональная конъюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при владалищном исследовании (13 см).

Задача №7

На ФАП к фельдшеру на очередной осмотр приглашена беременная женщина 19 лет, срок беременности 32 недели. При сборе субъективной информации выявлено, что у беременной появились жажда, уменьшение количества мочи, и отеки на ногах.

Объективно: рост 158 см. масса тела 62 кг, за неделю прибавка массы тела составила 450 грамм. АД 130\80, 125\75 мм. рт.ст., пульс 80 в мин. Со стороны внутренних органов без патологии. На стопах и голени отеки. Окружность живота 75см. Высота дна матки 30 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежит головка, баллотирует над входом в малый таз, сердцебиение плода 130 уд./мин. При проведении пробы с сульфасалициловой кислотой в моче обнаружен белок. **Задания**

1. Выявите проблемы беременной.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Изложите принципы лечения данной патологии.
5. Продемонстрируйте на фантоме осмотр и оценку последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы.

- жажда,
- снижение диуреза,
- отеки,

Потенциальные проблемы,

- переход в более тяжелую форму гестоза,
- преждевременная отслойка плаценты,
- кровотечение, ДВС синдром и коагулопатия в родах,
- задержка внутриутробного развития плода,
- гипотрофия, гипоксия плода.

2. Диагноз: беременность 32 - 33 недели, юная первобеременная. ОПГ - гестоз, легкая степень.

Из условия задачи следует, что у беременной состоящей на диспансерном учете у фельдшера, появились жажда, отеки на ногах, незначительное повышение АД, белок в моче, и прибавка массы тела за неделю 450,0 (норма до 300,0), что характерно для ОПГ - гестоза легкой степени.

3. Алгоритм действий фельдшера:

- измерить АД, пульс;
- прослушать сердцебиение плода;
- срочная госпитализация в отделение ОПБ в ЦРБ.

4. При лечении ОПГ - гестоза легкой степени необходимы:

- лечение в стационаре,
- постельный режим,
- физический и психологический покой,
- ограничение жидкости до 800 мл,
- диета с исключением соленых, острых и жареных блюд,
- фитотерапия мочегонным чаем,
- седативные препараты,
- спазмолитики,
- десенсибилизирующие,
- витаминотерапия,
- антиагреганты,
- улучшение микроциркуляции,

При отсутствии результата лечения в течение 12-14 дней ставят вопрос о родоразрешении.

5. После рождения последа проводится тщательный его осмотр.

Вначале осматривают плодовую сторону плаценты, обращая внимание на ход плацентарных сосудов, место прикрепления пуповины, затем выворачивают послед и осматривают материнскую сторону плаценты, оценивая целостность долек. В последнюю очередь осматривают целостность оболочек плодного яйца.

Задача №8

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140\85,135\80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция

первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной женщины.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:
 - головная боль;
 - ухудшение зрения;
 - боль в эпигастральной области, рвота;
 - беспокойство за свое здоровье.Потенциальные проблемы:
 - переход в более тяжелую форму гестоза;
 - преждевременная отслойка плаценты;
 - кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде;
 - ДВС синдром, коагулопатия;
 - гипотрофия и гипоксия плода.
2. Диагноз: беременность 36 недель. Возрастная первородящая. ОПГ - гестоз - преэклампсия.
Обоснование диагноза:
 - срок беременности 36 недель подтверждается данными обменной карты;
 - тяжелую форму ОПГ-гестоза, преэклампсию подтверждают:
 - жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области;
 - АД 170/100 - 180/110, расширение зрачков, цианоз кончика носа и верхней губы.
3. Состояние беременной женщины - тяжелое.
4. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку - эклампсии, необходимо:
 - предотвратить приступ судорог;
 - дать наркоз с закисью азота;
 - внутривенно ввести 0,25% р-р дроперидола 4-6 мл и 2,5% р-р седуксена 2мл;
 - ганглиоблокаторы (пентамин, гигроний);
 - немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.
5. Для измерения окружности живота и высоты стояния дна матки фельдшер встает справа и располагает ленту вокруг живота таким образом, что она находится на уровне пупка. Для измерения высоты дна матки, левой рукой конец ленты прикладывает к верхнему краю симфиза, а правой рукой

второй конец ленты укладывает на дно матки, удерживая ребром ладони.

Задача №9

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Л.И., 23 лет.

Жалобы: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез: Беременность 20 недель. Начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/80, 115/75 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце и легкие без патологии. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Живот увеличен за счет беременности, положение плода неустойчивое.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите профилактические мероприятия данного осложнения.
4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.
5. Объясните правила сбора мочи по Нечипоренко у беременной.

Выпишите направление на обследование мочи.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:
 - боль в поясничной области,
 - высокая температура тела с ознобом,
 - частое, болезненное мочеиспускание.
2. Потенциальные проблемы:
 - угроза преждевременного прерывания беременности,
 - гипоксия плода,
 - внутриутробное инфицирование плода,
 - поздний гестоз.
2. Диагноз: Беременность 20 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

Беременность и пиелонефрит устанавливаются на основании анамнеза, жалоб и клинических признаков.

Клинические признаки, указывающие на пиелонефрит:

- появление болей в поясничной области с 16 недель беременности.
 - озноб и повышение температуры тела,
 - частое болезненное мочеиспускание,
 - положительный симптом Пастернацкого.
3. Профилактические мероприятия:
 - взятие на учет в группу риска,
 - провести обследование - общий анализ мочи, крови, УЗИ почек, биохимический анализ крови, проба по Нечипоренко. Консультация специа-

листов (терапевта, нефролога, уролога)

- дородовая госпитализация за 10 дней до предполагаемого срока родов в наблюдательный родильный дом,
- срочная госпитализация при обострении на любом сроке.
- оздоровительные мероприятия - почечные травы, санация очагов инфекции, антибактериальные препараты, уросептики.

4. Дальнейшая тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в наблюдательный родильный дом в отделение патологии беременности.

5. Правила сбора мочи по Нечипоренко у беременных:

- приготовить стерильную баночку,
- беременная должна подмыться с мылом, обсушить половые органы,
- во влагалище вставить ватный тампон,
- собрать среднюю порцию мочи.

В лабораторию направляется беременная Ф.И.О

возраст ____

адрес _____

дата ____ подпись _____ на общий анализ мочи

Задача №10

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 29 лет.

Жалобы: на кровянистые выделения темного цвета, с мелкими пузырьками.

Анамнез: женщина стоит на учете по поводу беременности. Срок беременности по последней менструации 20 недель. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот увеличен за счет беременности. Дно матки располагается на уровне пупка. Матка при пальпации тестовидной консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику пробного выскабливания полости матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы
 - кровянистые выделения
 - отсутствие шевеления плода

Потенциальные проблемы

- кровотечение

- хориокарцинома
 - поздний гестоз
 - гибель плода
2. Диагноз: беременность 20 недель Пузырный занос.

Клинические признаки, подтверждающие диагноз: кровянистые выделения с пузырьками, значительное увеличение размеров матки, превышающее данный срок беременности (при сроке беременности 20 недель величина матки у данной женщины соответствует 24 недельному сроку), отсутствие достоверных признаков беременности (шевеления, сердцебиения, части плода не определяются).

3. Дополнительные методы обследования.
- определение титра ХГЧ гормона;
 - УЗИ.
4. Тактика фельдшера - госпитализация в гинекологический стационар.
5. Показания для пробного выскабливания - это подозрение:
- на злокачественный процесс
 - на задержку элементов плодного яйца.
 - на туберкулезный процесс
 - кровотечения неясной этиологии

Необходимый набор инструментов: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, корнцанги, кюретки.

При данной операции:

- женщину укладывают на гинекологическое кресло;
- вводят ложкообразное зеркало и зеркало-подъемник;
- спиртом обрабатывают влагалище и шейку;
- пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки;
- маточным зондом через определяют состояние рельефа слизистой, положение и длину тела матки;
- расширителями Гегара раскрывают шейный канал;
- кюретками производят выскабливание стенок матки;
- полученную ткань заливают спиртом или раствором формалина, складывают в емкость и отправляют в гистологическую лабораторию. В направлении отмечают: Фамилию, имя, отчество больной, возраст, адрес, дату и клинический диагноз. Операция проводится с обезболиванием (ингаляционный, внутривенный наркоз, местное обезболивание).

Задача №11

Фельдшер ФАП вызван на дом к роженице 32 лет, срок беременности 33 недели.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице.

Анамнез: менструальная функция без особенностей. Брак первый. Данная беременность третья. Первая беременность закончилась пять лет назад срочными родами, вторая беременность - два года назад искусственным абортом. Состоит на учете по поводу беременности у фельдшера с 12 недель.

Беременность протекала без осложнений. Боли появились после физического напряжения (подъем тяжести).

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, АД 120/80 и 115/75 мм рт. ст. , пульс 85 уд. в мин., окружность живота 80 см., высота стояния дна матки 30 см., положение плода продольное, предлежит головка, которая располагается над входом в малый таз, подвижная. При аускультации выслушивается ясное сердцебиение плода, с частотой 130 ударов в мин. При пальпации матка в тонусе, продолжительность схваток по 25 сек. через 10 мин. Во время объективного исследования из половых путей начали подтекать светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Задания

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
4. Перечислите возможные осложнения
5. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - схваткообразные боли внизу живота и пояснице
 - беспокойство за исход родовПотенциальные проблемы:
 - развитие слабости родовой деятельности
 - кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде
 - риск инфицирования родовых путей и плода
 - риск родовой травмы плода, асфиксии новорожденного
 - риск гибели недоношенного новорожденного.
2. Диагноз: беременность 33 недели. Преждевременные роды. 1 период родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Срок беременности установлен по данным обменной карты и объективным данным. Окружность живота - 80 см, высота дна матки - 30 см, предполагаемая масса плода по формуле Жордания - 2 400 г. У женщины после физического напряжения началась родовая деятельность. Околоплодные воды отошли до начала раскрытия шейки матки. Это указывает на преждевременное отхождение околоплодных вод.

3. Фельдшер обязан немедленно госпитализировать роженицу в специализированный родильный дом, в положении лежа, на боку.

С целью профилактики гипоксии недоношенного, незрелого плода необходимо в/в ввести 1% р-р сигетина 2 мл. в 40% р-ре глюкозы 20 мл.+ 2, 4% р-ра эуфиллина 10 мл, 5% р-р аскорбиновой кислоты - 5 мл.

4. При течении преждевременных родов возможны следующие осложнения:
 - родовые травмы плода, ткани плода незрелые, хрупкие, поэтому легко травмируются;
 - аномалия родовой деятельности: первичная или вторичная сла-

бость родовой деятельности; дискоординированная родовая деятельность; чрезмерно бурная родовая деятельность;

- затяжные или стремительные роды;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

5. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания - это сумма движений плода, которые он совершает при прохождении через родовые пути, с целью приспособления к размерам малого таза.

Различают четыре момента биомеханизма родов.

1 *момент.* Сгибание головки - головка во входе в малый таз делает сгибание, в результате чего первой опускается в полость малого таза затылочная кость, проводная точка - малый родничок, стреловидный шов расположен в поперечном или слегка косом размере.

2 *момент.* Внутренний поворот головки: начинается во входе и заканчивается в выходе из малого таза. Одновременно головка совершает поступательное движение. Личико плода и большой родничок поворачиваются кзади, затылок и малый родничок - кпереди. Стреловидный шов из поперечного размера во входе в малый таз постепенно переходит в прямой размер выхода из малого таза, в полости малого таза он находится в одном из косых размеров.

3 *момент.* Разгибание головки. При этом подзатылочная ямка прижимается к нижнему краю симфиза и вокруг нее головка разгибается: постепенно рождаются затылок, теменные бугры, лобик и в последнюю очередь личико и подбородок.

4 *момент.* В полость малого таза опускается плечевой пояс плода. Плечики опускаются до тазового дна межплечевой линией в поперечном размере, но родиться через поперечный размер выхода в таком положении они не могут. Поэтому с целью приспособления к прямому размеру выхода (он увеличивается в родах до 11,5 - 12 см.) плечики совершают внутренний поворот и межплечевая линия устанавливается в прямом размере выхода. Головка делает наружный поворот затылком в сторону позиции, т.к. спинка возвращается обязательно в прежнюю сторону. Далее под нижний край симфиза подходит переднее плечико и фиксируется, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и окончательно все туловище. Головка рождается малым косым размером - 9,5 см.

Задача №12

Фельдшера вызвали на дом к роженице 22 лет. В обменной карте указан диагноз: многоплодная беременность. Роды протекали стремительно, и к моменту прибытия фельдшера после рождения первого плода прошел час.

Жалобы: на кровотечение из родовых путей, боли.

Анамнез: половая жизнь с 21 года. Данная беременность первая. Срок беременности 35-36 недель. Роды начались неожиданно.

Объективно: общее состояние роженицы удовлетворительное. Р- 82 удара в минуту, ритмичный АД 120\80 - 110\70 мм. рт. ст. Второй плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сердцебиение прослушивается

ся глухо, 100 ударов в одну минуту. Из родовых путей умеренное кровотечение.

Задания

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Назовите причину преждевременных родов и кровотечения.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме механизм родов при тазовом предлежании.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы женщины:
 - боли
 - кровотечение
 - беспокойство за исход родов и за жизнь второго ребенкаПотенциальные проблемы:
 - риск кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах
 - риск гибели недоношенных новорожденных
 - риск родового травматизма второго плода, который находится в тазовом предлежании.

2. Диагноз: беременность 35-36 недель. Преждевременные роды. Многоплодная беременность. Тазовое предлежание второго плода. Преждевременная отслойка плаценты второго плода. Угроза гипоксии плода.

Из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, на сроке 35-36 недель, и в домашних условиях протекают роды двойней. Второй плод в тазовом предлежании. По состоянию сердцебиения плода (глухое и всего 100 ударов в минуту), по наружному кровотечению можно поставить диагноз: преждевременная отслойка плаценты 2 плода, а в следствии этого, наступила угроза гипоксии плода.

3. Причины наступления преждевременных родов связана с многоплодием и значительным перерастяжением стенок матки. При многоплодии почти в 50% случаев, беременность не вынашивается и роды наступают преждевременно. После рождения первого плода у него начинается третий последовый период, и поэтому с началом отделения плаценты первого плода синхронно может начаться отделение плаценты второго плода, и второй плод при преждевременной отслойке плаценты может погибнуть.

4. Фельдшер обязан срочно произвести акушерскую операцию "экстракцию плода за тазовый конец" и только после этой операции можно остановить кровотечение и спасти жизнь второму плоду. В конце операции необходимо ввести сокращающий препарат. После срочного родоразрешения родильницу из дома фельдшер переправляет в родильное отделение. Дети недоношенные, поэтому транспортировка должна быть очень щадящая.

5. Механизм родов при тазовом предлежании.

Ориентиром является межвертельная линия. Проводной точкой передняя ягодичка.

І движение. Вступление ягодиц в полость малого таза - ягодички вступают во входе в малый таз., межвертельная линия расположена в одном из косых размеров таза, первой опускается передняя ягодичка, она является проводной точкой, и на ней расположена родовая опухоль.

ІІ движение. Внутренний поворот ягодиц - совершается при переходе из широкой части малого таза в узкую, и меж- вертельная линия устанавливается в прямом размере выхода малого таза. Передняя ягодичка подходит к симфизу, задняя - к крестцу.

ІІІ движение. Врезывание и прорезывание ягодиц - сначала рождается передняя ягодичка, подвздошная кость прижимается к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой происходит боковое сгибание туловища, и над промежностью рождается задняя ягодичка.

ІV движение. Рождается туловище до пупочного кольца. В этот момент в полость малого таза начинает опускаться головка, которая ущемляет пуповину, поэтому необходимо закончить роды в течение 5 минут.

У движение. Плод рождается до нижнего угла лопаток.

УІ движение. Рождение плечиков - плечики поперечным размером устанавливаются в косом размере входа в малый таз, в полости малого таза совершают внутренний поворот и в выходе малого таза устанавливаются в прямом размере. Переднее плечико фиксируется к нижнему краю симфиза, образуя точку фиксации, вокруг которой туловище делает боковое сгибание, и над промежностью рождается заднее плечико.

УІІ движение. В полость малого таза окончательно опускается головка плода. Головка опускается стреловидным швом в косом размере. Совершает внутренний поворот, стреловидный шов в выходе устанавливается в прямом размере. Подзатылочная ямка головки прижимается к нижнему краю симфиза, и вокруг этой точки головка разгибается и рождается. Головка проходит полость малого таза малым косым размером - 9,5 см.

Задача №13

3 января к фельдшеру ФАП обратилась беременная 30 лет.

Жалобы: на подтекание околоплодных вод в течение 3 часов, незначительные боли в пояснице и в нижних отделах живота.

Анамнез: Менструация с 17 лет, обильные, болезненные через 30-33 дня, по 5-6 дней. Половая жизнь с 28 лет. Беременность первая. Последние менструации 1 марта. В первой половине беременности были явления угрозы прерывания беременности, по поводу чего лечилась в стационаре. Беременность была сохранена.

Объективно: состояние удовлетворительное, АД 110/70 - 115 /75 мм рт. ст. Температура -36,9, пульс - 82 уд./мин. Окружность живота 108 см. Высота стояния дна матки 34 см., части плода плохо прощупываются. Небольшая головка баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 132 удара в минуту, слева, ниже пупка. Выраженной родовой деятельности нет, схватки слабой силы, по 10-15 секунд, регулярные. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания

1. Выявите основные проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите причины данного осложнения.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме влагалищное исследование у роженицы.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - незначительные боли внизу живота;
 - слабые, короткие схватки;
 - подтекание околоплодных вод ;
 - отсутствие выраженной родовой деятельности.

Потенциальные проблемы:

- прогрессирование слабости родовой деятельности;
- инфицирование родовых путей, полости матки, плода;
- гипоксия плода;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.

2. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Многоводие. Преждевременное отхождение околоплодных вод.

Срок беременности - 38-40 недель, определяется по дате последней менструации и размерам матки: окружность живота - 108 см, высота дна матки - 34 см, предполагаемая масса плода - 3 700 грамм. Подтверждением слабости родовой деятельности являются: незначительные боли в нижних отделах живота, пояснице и слабые, короткие, редкие схватки. На многоводие указывают: окружность живота 104 см и преждевременное отхождение околоплодных вод. Околоплодные воды в норме изливаются в конце 1 периода, в данном случае начали подтекать до начала родовой деятельности, в результате многоводия.

3. Причины первичной слабости родовой деятельности:

- инфантилизм половых органов у данной роженицы. Признаки инфантилизма: позднее наступление менструального цикла с 17 лет, обильные и болезненные, продолжительные менструации, продолжительность менструального цикла 30

33 дня.

- угроза невынашивания на ранних сроках беременности.
- перерастяжение стенки матки при многоводии.

4. Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация роженицы в родильный дом. Транспортировка должна быть бережной.

- следить за сердцебиением плода;
- провести профилактику гипоксии плода (дать кислород, в/в ввести 1% р-р сигетина 1 мл в 5% р-ре глюкозы, 5% р-р аскорбиновой кислоты - 5 мл).

5. Влагалищное исследование проводится при строгом соблюдении асептики и антисептики. У роженицы тщательно обрабатывают наружные половые органы раствором фурацилина. Тщательно обрабатываются руки исследующего, одеваются стерильные перчатки. Левой рукой разводят малые половые губы, указательный и средний пальцы правой руки вводят во влагалище и определяют:

- состояние стенок и полости влагалища;
- состояние шейки матки и степень ее раскрытия;
- целостность оболочек и околоплодных вод, в каком отделе малого таза находится предлежащая часть плода;
- уточняют предлежащую часть плода;
- при головном предлежании, по расположению швов и родничков определяют разновидность предлежания и вид позиции;
- при возможности измеряют диагональную конъюгату;
- проводят санацию влагалища раствором фурацилина.

Задача №14

Беременная 26 лет обратилась к фельдшеру ФАП на сроке беременности 38 недель.

Жалобы: на слизистые обильные выделения из половых путей, которые беспокоят женщину в течение 2-3 дней, боли в области поясницы.

Анамнез: менструации с 13 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Беременность и роды вторые. Первые роды продолжались более суток и закончились рождением мертвого плода. Масса плода 3100,0. Настоящая беременность протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние, удовлетворительное, АД 110\60 - 115\70 мм рт. ст., пульс - 68 ударов в минуту, ритмичный. Окружность живота 98 см. Высота дна матки 34 см. Размеры таза: 24-26-29-18см.

Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Воды не отходили.

Задания

1. Выявите проблемы беременной женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите возможные осложнения для матери и плода.
4. Тактика фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте особенности акушерского пособия при узком тазе.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы беременной:

- боли в пояснице;
- слизистые выделения из половых путей;
- тревога за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- родовая травма и гибель плода ;
- родовой травматизм у матери;

- вторичная слабость родовой деятельности;
 - кровотечение в последовом и послеродовом периодах.
2. Диагноз: беременность 38-39 недель. Общеравномерносуженный таз, 1 степень сужения. Отягощенный акушерский анамнез. Предвестники родов.

Диагноз подтверждается следующими сведениями:

- размеры таза уменьшены на 2 см;
 - в анамнезе первые роды закончились рождением мертвого плода, массой в 3100 гр.
 - в настоящий момент у беременной из шеечного канала отходит слизистая пробка и появились боли в пояснице - это предвестники родов.
3. При родоразрешении возможны следующие осложнения:
- тяжелые родовые травмы у плода и матери;
 - вторичная слабость родовой деятельности;
 - инфицирование родовых путей, полости матки, плода;
 - клинически узкий таз.
4. Тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в отделение патологии беременных ЦРБ.
5. Студент демонстрирует на фантоме особенности акушерского пособия при узком тазе:
- рассечение тканей промежности - эпизиотомия, перинеотомия.
 - акушерское пособие оказывается в соответствии с требованиями Гос. стандарта.

Задача №15

28 ноября фельдшер скорой помощи вызван к роженице 25 лет.

Жалобы: на сильные схваткообразные боли внизу живота, которые начались два часа назад, одновременно отошли околоплодные воды.

Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные. Половая жизнь с 24 лет. Беременность первая. Последняя менструация 28 января. На учёте в женской консультации не состояла.

Объективно: правильного телосложения, температура - 36,5, АД 120/70 - 115/75 мм рт. ст. пульс - 76 ударов в 1 минуту, ритмичный. Окружность живота - 102 см. Высота стояния дна матки 36 см, предполагаемая масса плода - 3 700 г. Размеры таза: 25,28,31,18. Положение плода продольное. Головка плода подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 160 ударов в 1 минуту, слева ниже пупка. Схватки частые по 45-55 секунд, через 1-2 минуты. Воды светлые, подтекают в течение 2 часов.

Задания

1. Выявите основные проблемы роженицы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите возможные осложнения для плода и матери.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте технику определения признаков Вастена на фантоме.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы у роженицы:
 1. сильные схваткообразные боли внизу живота
 2. преждевременное отхождение околоплодных вод

Потенциальные проблемы:

- разрыв тела матки
- травмы плода
- травмы родовых путей
- гипоксия плода
- вторичная слабость родовой деятельности
- инфицирование родовых путей
- кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

2. Диагноз: беременность 42-43 недели. Переношенная беременность. 1 период родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Плоско - рахитический таз. 1 степень сужения . Угроза гипоксии плода. Клинически узкий таз.

Диагноз подтверждается следующими данными:

- срок срочных родов у данной роженицы по дате последней менструации 5 ноября, а родовая деятельность у неё наступила только 28 \ XI. Перенашивание составляет 3 недели.

- у таза уменьшен прямой размер, что соответствует плоско - рахитическому тазу. Наружная конъюгата уменьшена на 2 см, что соответствует 1 степени сужения.

- ориентировочная масса плода соответствует 3700 - 3800 гр. поэтому таз в родах будет клинически узким, при переносимой беременности у плода будет нарушена конфигурация головки

- околоплодные воды в норме отходят при полном раскрытии шейного канала, а у роженицы они отошли с первыми схватками

- угроза гипоксии плода подтверждается нарушением сердцебиения плода, оно приглушено и учащено до 160 ударов в минуту.

3. Возможные осложнения со стороны матери и плода:

- разрыв тела матки, травмы лонного сочленения, разрывы промежности

- травмы плода

- развитие вторичной слабости родовой деятельности

- развитие гипоксии плода

- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

4. Тактика фельдшера - срочная госпитализация в родильное отделение

5. Признак Вастена учитывается в конце 1 периода родов, при полном открытии шейки матки и отошедших околоплодных водах. Роженица лежит на спине. Мочевой пузырь освобожден. Ладонь руки укладывается на лонное сочленение и учитывается отношение головки плода к симфизу:

Признак Вастена положительный - головка выступает над лонным сочленением - это значит, что имеется значительное несоответствие между

размерами головки и таза; роды через естественные родовые пути невозможны.

Признак Вастена вровень - головка и лонное сочленение находятся на одной плоскости - это значит, что несоответствие между головкой плода и малым тазом очень незначительное. Поэтому, если во 2 периоде родов родовая деятельность будет энергичной головка будет хорошо конфигурироваться, роды заканчиваются самопроизвольно; при отсутствии этих условий роды не возможны.

Признак Вастена отрицательный - головка находится ниже уровня лонного сочленения - это значит, что имеется полное соответствие между размерами головки и малого таза и роды через естественные родовые пути возможны.

Задача №16

Фельдшера ФАП вызвали к роженице 35 лет, 30 ноября.

Жалобы: на подтекание околоплодных вод, в течение двух часов и схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: половая жизнь с 28 лет. Две первые беременности закончились искусственными медицинскими абортами, которые, со слов самой женщины, протекала без осложнений. После второго аборта в течение 5 лет беременность не наступала. Настоящая беременность - третья. Последняя менструация 22 февраля. На учете в женской консультации не состояла.

Объективно: правильного телосложения, температура - 36,7°, пульс - 76 ударов в минуту. АД 115\70-120\75 мм. рт. ст. Живот отвислый, окружность - 110 см. Высота дна матки - 28 см, предполагаемая масса плода - 3 000 грамм. Размеры таза: 25-28-31-20. Головка плода определяется слева, тазовый конец - справа, предлежащая часть отсутствует. Сердцебиение плода 148 ударов в минуту ритмичное, ясное, слева на уровне пупка. Схватки по 25 - 30 секунд, через 6-8 минут. Подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Задания

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Перечислите возможные осложнения в родах.
4. Перечислите профилактические мероприятия в период беременности, необходимые для предупреждения данной патологии.
5. Продемонстрируйте приемы наружного акушерского исследования.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы роженицы:
 - боли внизу живота
 - подтекание околоплодных водПотенциальные проблемы:
 - беспокойство за исход родов;
 - риск послеоперационных осложнений.
2. Диагноз: беременность 39-40 недель. Роды срочные, первые. Первый период родов. Поперечное положение плода. Преждевременное от-

хождение околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез.

Диагноз подтверждается следующими данными из условий задачи:

- датой последней менструации и объективными показателями величины матки (окружность живота 110 см ВДМ - 28см), то есть беременность доношенная;

- приемами Леопольда слева определяется головка, а справа - тазовый конец, подлежащая часть отсутствует;

- околоплодные воды подтекают с началом родовой деятельности., а в норме они изливаются только в конце первого периода родов.

- до настоящих родов женщина перенесла два искусственных аборта, и в течение 5 лет у неё было вторичное бесплодие.

3. Осложнения в родах:

- преждевременное отхождение околоплодных вод;

- запущенное поперечное положение плода;

- разрыв матки;

- геморрагический шок;

- гибель плода;

- гибель матери.

4. Профилактические мероприятия:

- взять на учет в группу риска по разрыву тела матки

- до 35-36 недель беременности можно попытаться исправить поперечное положение плода на продольное следующими методами:

- упражнения по Дикани

- занятия по лечебной гимнастике в женской консультации с инструктором по гимнастике или с акушеркой;

- в 35-36 недель - госпитализация в отделение патологии беременности, где можно попытаться произвести операцию "наружный акушерский профилактический поворот";

- при отсутствии результатов от проведенных мероприятий беременная остается в стационаре до родов и самый рациональный метод родоразрешения - кесарево сечение.

Тактика фельдшера - срочная госпитализация на носилках, в положении лежа, в родильный дом.

5. Приемы наружного акушерского исследования применяются при объективном исследовании беременных на поздних сроках и при исследовании рожениц.

Беременная лежит на спине, акушерка становится справа.

Первый прием Леопольда: ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают, пальпируют и определяют уровень стояния дна матки а также определяют часть плода, расположенную в дне матки.

Второй прием. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочередно сначала одной, потом другой рукой. Таким образом, вторым приемом определяют положение плода (при продольном положении с одной стороны определяют спинку, а с другой - мелкие части). Вторым приемом по положению спинки определяют пози-

цию и вид позиции.

Третий прием. Определяют предлежащую часть плода. Правую руку кладут выше лонного сочленения и захватывают предлежащую часть плода, которая находится над входом малого таза. Эта часть плода рождается первой.

Четвертый прием. Акушерка встает спиной к лицу женщины. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, концами пальцев определяют предлежащую часть и высоту стояния этой предлежащей части по отношению к полости малого таза.

Задача №17

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к роженице 34 лет, срок беременности 37 недель.

Жалобы на схваткообразные боли в низу живота, слабость, головокружение, незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: менструация без особенностей. Беременность вторая, первая закончилась родами два года назад. Данная беременность протекала без осложнений. В течение двух последних недель появились отеки, белок в моче, повысилось АД до 140/85 мм. рт. ст., 150/90 при исходном 110/70 мм рт. ст. Лечение не проводилось.

Объективно: кожа и слизистые бледные, АД 140/85, 150/90 мм, рт. ст., пульс 96 уд./мин.. Окружность живота 90 см, высота дна матки 35 см. Матка асимметричной формы, плотная, болезненная, не расслабляется в паузу, части плода определить не удается из-за плотности матки. Сердцебиение не прослушивается. Из влагалища выделяется темная кровь со сгустками.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме тактику ведения последового периода. Определите признаки отделения плаценты.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - схваткообразные боли в животе,
 - слабость, головокружение,
 - кровянистые выделения из половых путей.Потенциальные проблемы:
 - преждевременные роды,
 - массивное внутреннее кровотечение,
 - формирование матки Кувелера,
 - ДВС синдром,
 - гибель плода.
2. Диагноз: Беременность вторая, 37 недель, ОПГ - гестоз, средней тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Срок беременности фельдшер установил согласно обменной карте при обследовании: окружность живота - 90 см, ВДМ -35 см, что соответствует 37 неделям. Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания ОЖ х ВДМ 3150,0гр. Беременность осложнилась возникновением ОПГ - гестоза, о его наличии указывает триада симптомов Цангемей-стера: гипертония, отеки, протеинурия. Длительность гестоза составляет две недели, это говорит о развившемся гестозе. На фоне развившегося гестоза возникло тяжелое осложнение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что сопровождается массивным внутренним кровотечением. Все признаки кровопотери присутствуют у данной беременной: слабость, головокружение, снижение АД, тахикардия; о полной отслойке плаценты говорит отсутствие сердцебиения плода.

Тяжесть общего состояния беременной не соответствует наружной кровопотере, что также указывает на преимущество внутреннего кровотечения.

3. Состояние беременной тяжелое.

4. Учитывая тяжесть состояния беременной, необходимо срочно госпитализировать ее в акушерский стационар на носилках в машине с сиреной. По радию сообщить в родильный дом о предстоящей операции.

Алгоритм оказания помощи:

- уложить на носилки.
- измерить АД, подсчитать частоту пульса.
- при транспортировке наладить инфузионную систему и начать введение плазмозамещающих растворов (желатиноль, лактосоль и др.).

5. Ведение последового периода требует внимательного и постоянного наблюдения за роженицей. Последовый период ведется строго выжидательно.

Для правильного ведения последового периода необходимо знать признаки отделения плаценты от стенки матки:

- признак Шредера - отклонение дна матки вправо, выше пупка.
- признак Альфельда - удлинение наружного отрезка пуповины, зажим наложенный у половой щели опускается.

- признак Кюстера - Чукалова, если надавить ребром кисти на надлобковую область, то пуповина при отделившейся плаценте не втягивается во влагалище, при не отделившейся - втягивается.

- появление выпячивания над симфизом - отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент, и передняя стенка нижнего сегмента матки и брюшная стенка образуют выпячивание.

Задача №18

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к роженице 35 лет, срок беременности 39 - 40 недель.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, которые появились 6 часов назад.

Анамнез: данная беременность пятая, четыре предыдущих закончились

срочными, нормальными родами.

Объективно: - состояние роженицы удовлетворительное. АД 120/80, 115/75 мм рт. ст., пульс 80 уд./мин.. Окружность живота 100 см, высота дна матки 35 см. Положение плода продольное, позиция первая, предлежит головка, большая ее часть находится в полости малого таза, сердцебиение плода 140 уд./мин.. Родовая деятельность схватки по 45 секунд через 2 - 3 минуты, во время осмотра отошли околоплодные воды, светлые, в умеренном количестве. Роженица начала тужиться, и через 15 минут родился плод мужского пола.

Через 10 минут после рождения ребенка, появились схваткообразные боли и одновременно выделилось 300 мл крови, дно матки отклонилось вправо и поднялось выше пупка, свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение продолжается.

Задания.

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние роженицы.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте на фантоме наружные методы выделения последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - схваткообразные боли в животе;
 - домашние роды;
 - кровотечение из половых путей.Потенциальные проблемы:
 - травмы мягких родовых путей;
 - травмы плода;
 - кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде;
 - инфицирование родовых путей;
 - инфицирование плода.
2. Диагноз: роды пятые, срочные, домашние. Ущемление последа. Кровотечение.

Обоснование диагноза: ущемление последа установлено на основании наличия признаков отделения плаценты и задержки рождения последа. Признаками отделения плаценты являются:

- Признак Шредера - отклонение дна матки вправо и кверху;
- Признак Альфельда - удлинение свисающей из влагалища пуповины на 8-10 см;
- Признак Кюстера-Чукалова - при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище.

Таким образом, плацента от стенки матки отделилась, а родиться послед не может, так как он ущемился.

3. Состояние роженицы удовлетворительное.

4. При наличии ущемления последа фельдшер должен способствовать срочному выделению последа, так как остановка кровотечения возможна только после полного опорожнения матки.

Алгоритм действия в данной ситуации:

- освободить мочевой пузырь;
- провести бережный наружный массаж матки;
- приступить к выполнению наружных приемов выделения ущемившегося последа;
- положить холод и груз на дно матки;
- после полной остановки кровотечения на носилках госпитализировать родильницу в акушерский стационар вместе с новорожденным и последом;

5. Наружные методы выделения последа применяют при ущемлении его.

Используют три способа:

а) Способ Абуладзе: опорожняют мочевой пузырь, матку приводят к средней линии, проводят легкий массаж. Затем обеими руками захватывают переднюю стенку живота в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Благодаря уменьшению объема брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления послед обычно рождается.

б) Способ Гентера: после предварительного опорожнения мочевого пузыря и массажа матки, оказывающий пособие встает лицом к ногам роженицы, кисти рук, сжатые в кулак, кладет на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливает книзу - и послед рождается. Роженица не должна тужиться.

в) Способ Креде-Лазоревича: опорожняют мочевой пузырь и проводят легкий массаж матки, захватывают правой рукой дно матки таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, четыре пальца - на задней стенке матки, а ладонь - на дне матки и производят выжимание последа по направлению вниз вперед. Отделившийся послед выводят наружу. Роженица не должна тужиться.

Задача №19

Поступил вызов к роженице 32 лет. Фельдшер скорой помощи обнаружил, что у женщины произошли роды, родился плод мужского пола, соседка отделила новорожденного от матери.

Из анамнеза и обменной карты фельдшер выяснил, что беременность пятая, роды вторые. Три предыдущие беременности закончились медицинскими абортами. Схватки начались 2 часа назад, быстро присоединились потуги, и роженица осталась рожать дома.

Объективно: состояние роженицы удовлетворительное, АД 110\70, 115\75 мм рт ст. Пульс 80 уд мин. Из половой щели свисает пуповина, фельдшер предложил роженице потужиться, после чего выделился послед, был проведен наружный массаж матки. На носилках, в машине с сиреной, родильницу повезли в родильный дом. По дороге у родильницы возникло

массивное маточное кровотечение. Матка при пальпации мягкая, дно ее находится на три поперечных пальца выше пупка. АД 80\50, пульс 100 уд./мин., кожные покровы бледные, появились: головокружение, слабость, шум в ушах.

Задания

1. Выявите проблемы родильницы
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
3. Назовите ошибки, допущенные фельдшером
4. Составьте алгоритм действий фельдшера и акушерскую тактику в родильном доме
5. Пр продемонстрируйте на фантоме ручное обследование полости матки

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы
 - маточное кровотечение
 - слабость, головокружение
 - шум в ушах.

Потенциальные проблемы:

- гипотония , атония матки;
- геморрагический шок;
- инфицирование половых путей;
- гипогалактия;
- инфицирование плода;

2. Диагноз: роды вторые, срочные, стремительные, домашние. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок первой степени. Отягощенный акушерский анамнез. Роды срочные, стремительные - установлены на основании анамнеза, данных обменной карты и продолжительности родов. У данной роженицы продолжительность родов менее двух часов, это указывает на их стремительное течение. По классификации у первородящих стремительные роды длятся 1 - 4 часа, у повторнородящих 1 - 2 часа.

Гипотоническое кровотечение раннего послеродового периода установлено на основании обильного кровотечения из матки, после рождения последа, а также резко сниженной сократительной функции матки: матка мягкая, дряблая, плохо контурируется, дно матки расположено на три поперечных пальца, выше пупка. На геморрагический шок указывает большая потеря крови и ухудшение состояния родильницы: слабость, головокружение, шум в ушах, снижение АД, тахикардия, бледность кожных покровов.

Отягощенный акушерский анамнез подтверждается данными об исходах предыдущих беременностей: три последние закончились искусственными абортами.

3. При ведении последового и раннего послеродового периода фельдшером скорой помощи были допущены ошибки. Учитывая отягощенный акушерский анамнез, данная родильница является угрожаемой по кровотечению, поэтому после выделения последа необходимо было внутривенно

ввести сокращающие матку средства окситоцин 5 ЕД. или метилэргометрин 0,2% - 1,0 в 5% растворе глюкозы или физрастворе, опорожнить мочевой пузырь, на дно матки положить холод и груз.

4. В данной ситуации фельдшер должен ускорить госпитализацию:

- машина должна быть с включенной сиреной;
- сообщить по рации в акушерский стационар о прибытии родильницы с маточным кровотечением;
- провести наружный массаж матки;
- применить методы временной остановки кровотечения:
- прижатие аорты кулаком или валиком;
- метод Гентера - опустить головной конец носилок, нижний сегмент матки захватывают левой рукой (большой палец с одной стороны, четыре пальца с другой) и прижимают к поясничным позвонкам, при этом правой рукой оттягивают матку кверху одновременно массируя ее.

- метод Пискачека - левой рукой захватывают и сжимают нижний сегмент, сжимая просвет маточных артерий, правой рукой массируют матку.

- внутривенно подключить капельницу и ввести р-р окситоцина 5ЕД, или 0,2% р-р метилэргометрина - 1 мл, раствор хлористого кальция 10% - 10 мл;

- внутримышечно раствор викасола 1% 1мл.

Мероприятия в родильном доме:

- продолжается инфузионная терапия для восполнения ОЦК, борьба с геморрагическим шоком

- ручное обследование полости матки

- подготовка к проведению операции надвлагалищной ампутации или экстирпации матки.

5. Показания: задержка частей плаценты, гипотоническое и атоническое кровотечение.

Ручное обследование полости матки проводят при строгом соблюдении правил асептики и антисептики.

Техника:

- опорожняют мочевой пузырь. Обрабатывают наружные половые органы йодом или йодонатом

- руки тщательно моют, надевают стерильные перчатки и смазывают их стерильным вазелином. Операция проходит под наркозом (калипсол или сомбревин)

- левой рукой разводят малые половые губы, конически сложенную правую руку (рука акушера) вводят во влагалище, тыльная поверхность кисти вначале обращена в сторону, а во влагалище к крестцу.

- при введении правой руки в матку, левую руку переносят на дно матки. Правой рукой, введенной в матку, тщательно ощупывают стенки матки, ее дно и трубные углы, удаляют сгустки крови, плаценты, если они есть, и проводят наружно

- внутренний массаж матки. (Руку, находящуюся внутри матки, сжимают в кулак, а левой рукой массируют дно матки через брюшную стенку).

Задача №20

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 32 лет. Срок беременности 36 недель.

Жалобы: на боль в области рубца на матке после операции кесарево сечение, проведенной 2 года назад.

Анамнез: данная беременность третья, первая закончилась искусственным абортom, вторая - родами, родоразрешение - путем операции кесарево сечение, в связи с центральным предлежанием плаценты. Данная беременность протекала без осложнений, состоит на учете, консультировалась у врача в ЦРБ, последняя консультация состоялась месяц назад.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски АД -120\80, 120\75 мм рт ст. пульс 80 ударов в минуту. Окружность живота 80 см, высота дна матки 36см. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода 130 уд./мин.. Пальпация матки болезненна, по ходу послеоперационного рубца определяется истончение и локальная болезненность, матка в повышенном тоне, из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените тяжесть данной патологии.
4. Определите тактику фельдшера ФАП.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику ручного отделения плаценты.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:
 - боль в области послеоперационного рубца,
 - беспокойство за исход родов,Потенциальные проблемы:
 - расползание рубца,
 - гистопатический разрыв матки,
 - кровотечение,
 - геморрагический шок,
 - гипоксия и гибель плода.
2. Диагноз: беременность 36 недель, отягощенный акушерский анамнез. Начавшийся гистопатический разрыв матки. Беременность установлена на основании обменной карты и обследования: окружность живота 90 см, высота дна матки-36 см, предполагаемая масса плода (ОЖхВДМ) 3240,0 г, что соответствует сроку 36 недель. О начавшемся гистопатическом разрыве свидетельствуют симптомы, присутствующие у данной беременной:
 - боль при пальпации матки,
 - болезненность и истончение послеоперационного рубца на матке,
 - повышение тонуса матки,
 - незначительные кровянистые выделения из половых путей.

Все эти симптомы говорят о несостоятельности рубца, расползании стенки матки в области рубца на матке после операции кесарево сечение.

3. В соответствии с возникшим осложнением состояние больной оценивается как среднетяжелое.

4. Данной беременной необходима срочная госпитализация в акушерский стационар для проведения оперативного ро- доразрешения.

Алгоритм действий фельдшера:

- уложить беременную,
- ввести спазмолитики и токолитики для снятия тонуса матки,
- вызвать сан. авиацию, если это невозможно госпитализировать на носилках в машине скорой помощи,
- сообщить по радию в акушерский стационар о предстоящей операции.

5. Показание - нарушение отделения плаценты.

Техника:

- освобождают мочевого пузырь. Наружные половые органы обрабатывают йодом или йодонатом. Руки тщательно моют, надевают стерильные перчатки;

- операция проводится под наркозом (калипсо, сомбревин);
- левой рукой разводят половую щель, а правую руку, сложенную в виде конуса (рука акушера), вводят во влагалище через прямой размер выхода малого таза, затем тыл кисти поворачивают в полости малого таза кзади, к крестцу. Руку в матку вводят, придерживаясь пуповины, находят край плаценты и пилообразными движениями между плацентой и стенкой матки отделяют плаценту;

- после отделения плаценты левой рукой, потягивая за пуповину, извлекают послед. Не извлекая правую руку, проводят ручное обследование внутренней поверхности матки, наружно-внутренний массаж матки и выводят руку из полости матки.

Задача №21

На ФАП к фельдшеру обратилась беременная 25 лет, срок беременности 37-38 недель.

Жалобы: на кровотечение из половых путей, которое появилось во время акта дефекации среди полного здоровья два часа назад.

Анамнез: беременность третья, две первые закончились медицинскими абортами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 110/70 и 110/75 мм. рт. ст. Пульс 75 ударов в минуту. При пальпации матка овоидной формы, невозбуждена, безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз. При аускультации - сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное. Над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матки. Из половых путей выделяется алая, жидкая кровь.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Расскажите о дополнительных методах обследования для уточнения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения и их профилактику.
4. Определите тактику фельдшера при данной патологии.
5. Продемонстрируйте на фантоме влагалищное исследование.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты.

Предлежание плаценты подтверждается следующими клиническими симптомами: кровотечение, возникшее на поздних сроках беременности, на фоне полного здоровья, без болей. Кровь ярко-красного цвета без сгустков. При обследовании: матка овоидной формы, безболезненная, невозбуждена, предлежащая часть расположена высоко над входом в малый таз. При аускультации над симфизом выслушивается шум со стороны сосудов матки.

2. Для уточнения диагноза предлежания плаценты в условиях клиники применяются дополнительные методы исследования:

- УЗИ для определения расположения плаценты;
- амниоскопия;
- влагалищное исследование производят при развернутой операци-

онной.

3. Возможные осложнения при данной патологии:

- массивное кровотечение.
- геморрагический шок.
- интимное прикрепление плаценты
- гипотония нижнего сегмента матки.
- послеродовые септические заболевания.
- гипоксия плода, асфиксия новорожденного.
- внутриутробная гибель плода.

4. Тактика фельдшера при данной патологии:

- немедленная бережная госпитализация в родильное отделение

ЦРБ;

- контроль за АД и кровянистыми выделениями из половых путей;
 - проведение профилактики кровотечения и гипоксии плода;
5. Проведение влагалищного исследования на фантоме.

Подготовить: фантом, перчатки, инструменты, раствор фурацилина, лоток, ватные шарики.

Влагалищное исследование проводится при развернутой операционной, обработав руки, надевают стерильные перчатки, обрабатывают наружные половые органы раствором фурацилина. Указательным и большим пальцами левой руки разводят малые половые губы, два пальца правой руки указательный и средний вводят во влагалище. Оценивается состояние влагалища, шейки матки, степень ее раскрытия, целостность плодного пузыря, предлежащую часть. Измеряют диагональную конъюгату. После осмотра проводят санацию влагалища фурацилином.

Примерная тематика рефератов

1. Методы обследования в акушерстве и гинекологии.
2. Охрана репродуктивного здоровья женщин.
3. Значение грудного вскармливания.
4. Факторы риска стоматологического здоровья во время беременности
5. Диагностика и профилактика изменений в полости рта во время беременности.
6. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам.
7. Профилактика и лечение изменений в зубочелюстной системе при эстрогендефицитных состояниях у женщин.
8. Физиотерапевтические и нетрадиционные методы профилактики и лечения невынашивания беременности.
9. Родовая деятельность. Биохимические аспекты ее развития в норме и при АРД.
10. Антенатальная гибель плода. Изменения в системе мать-матка-плацента- плод.
11. Особенности изменений на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях при гестозах.
12. Роль биологически активных веществ маточно-плацентарного комплекса в развитии нормальной беременности и ее осложнений.

Вопросы для проведения текущего контроля.

1. Женский таз с акушерских позиций. Каковы размеры малого таза? Какие существуют плоскости малого таза? Что такое проводная ось малого таза и угол наклона таза? Что включает в себя родовой путь?
2. Плод как объект родов. Какие существуют швы и роднички? Какие размеры имеет головка доношенного зрелого плода? Что такое сегменты головки плода?
3. Что такое роды? Какие существуют теории причин развязывания родовой деятельности?
4. Как определить готовность организма беременной к родам? Что такое предвестники родов?
5. Клиническое течение родов. Каковы особенности раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящих?
6. Что такое биомеханизм родов? Каков биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления?
7. Какова тактика ведения I, II и III периодов родов? Как осуществляется акушерское пособие в родах? Какими методами осуществляется обез-

боливание родов?

8. Каковы признаки отделения последа? Какие существуют способы выделения отделившегося последа? Каким образом осуществляется осмотр и оценка целостности отделившегося последа? Как осуществляется осмотр родовых путей? Что такое физиологическая и патологическая кровопотеря?

9. Какие существуют осложнения в послеродовом и раннем послеродовом периодах? Как осуществляется профилактика этих осложнений?

10. Как осуществляется первый туалет новорожденного? Что такое бленнорея и чем осуществляется ее профилактика?

11. Что такое шкала Апгар, какие параметры она включает? По каким параметрам осуществляется оценка зрелости и доношенности новорожденного?

Ситуационная задача.

В отделение беременных поступила беременная М., 25 лет с ДС: Беременность 1, 39-40 недель. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Родовой деятельности нет. Женщина правильного телосложения, ТАЗ: 26-29-3220. Положение плода продольное, I позиция. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 ударов в мин. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки укорочена до 2,5 см., размягчена не полностью, наружный зев пропускает кончик пальца, отклонена кзади. Через своды определяется головка, прижата ко входу в малый таз СД=13см., СV=11см. Ёмкость таза удовлетворительная. Выделения светлые.

1. Диагноз? 2. Оценить степень зрелости шейки матки? 3. Составить план ведения.

Вопросы для текущего контроля знаний

Какие изменения в организме роженицы происходят в послеродовом периоде? Какова тактика ведения нормального послеродового периода? Каково значение грудного вскармливания, а также гигиены и питания роженицы?

1. Как необходимо осуществлять уход за полостью рта, молочными железами, наружными половыми органами в послеродовом периоде? Как рассчитывается продолжительность послеродового отпуска?

2. Каковы анатомо-физиологические особенности новорожденного? Как необходимо осуществлять уход за новорожденными? Каков режим вскармливания?

3. Как необходимо осуществлять профилактику заболеваний зубочелюстной системы новорожденных? Лечение новорожденных с расщеплением

твердого неба и верхней губы, аномалии развития нижней челюсти (аномалии Робена, отоцефалия), медико-генетическое консультирование новорожденных.

4. Какие существуют послеродовые гнойно-септические заболевания? Какова их классификация, этиология? Хронические очаги инфекции, как источник инфекции послеродовых септических осложнений. Понятие об основных формах послеродовых заболеваний, лечение, профилактика. Наблюдение стоматологом за состоянием зубочелюстной системы родильниц.

Ситуационная задача.

В родильное отделение поступила повторнобеременная 32 лет с регулярной родовой деятельностью. Первые роды 5 лет назад нормальные, срочные. Ребенок с массой 3200.0, жив. Женщина правильного телосложения, таз нормальных размеров ОЖ=98 см. ВДМ=38 см. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид. Сердце биение плода ясное, ритмичное до 140 уд\мин. Роды продолжаются 9 часов. Головка малым сегментом во входе в малый таз. По приёму Шатц-Унтербергера контракционное кольцо находится на 4 п\пальца выше лона. 10 мин. Назад отошли околоплодные воды, светлые.

1. В каком периоде родов находится женщина? 2. Как это можно уточнить?

Вопросы для проведения текущего контроля

1. Как осуществляется динамическое наблюдение беременных в женской консультации? Какие группы риска существуют? Патронаж беременных, дневной стационар. Что такое психопрофилактическая подготовка к родам?

2. Какое строение имеет зрелая яйцеклетка? Как осуществляется оплодотворение и последующее развитие плодного яйца? Как и из чего развиваются оболочки плода? Какие основные этапы внутриутробного развития плода? Какие критические сроки его развития? Формирование зубочелюстной системы плода.

3. Какие изменения наблюдаются в организме беременной женщины?

4. Какие существуют методы диагностики беременности? Каковы признаки беременности? Определение срока беременности, даты родов, срока дородового отпуска.

5. Какие факторы влияют на развитие зубочелюстной системы плода? Каковы ее изменения у матери в период беременности? Каковы задачи врача-стоматолога при наблюдении за беременными? Профилактика, диагностика и лечение кариеса, гингивита, пародонтопатий у беременных, анестезиологи-

ческое пособие при стоматологических манипуляциях у беременных. Гигиена беременных.

Ситуационная задача.

1) В женскую консультацию обратилась женщина А. с жалобами на тошноту по утрам и задержку менструации в течение 3-х недель.

Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза? Какие признаки беременности могут быть обнаружены в данном случае?

2) В женскую консультацию обратилась женщина М. с гипертонической болезнью (рабочее АД 150/90) в сроке 6 недель с целью постановки на учет по беременности.

Какова дальнейшая тактика врача ЖК?

Вопросы для проведения текущего контроля

1. Что подразумевается под анатомически узким тазом? Какая классификация узких тазов существует? Каковы особенности узких тазов в современных условиях? Каковы особенности течения и ведения родов? Какое состояние зубочелюстной системы при аномалиях костного таза?

2. Что подразумевается под клиническим узким тазом? Каковы его причины, клиника, врачебная тактика, осложнения?

3. Какие аномалии сократительной деятельности матки (слабость родовых сил, дискоординация родовой деятельности, быстрые роды, патологический прелиминарный период) существуют? Какова тактика ведения и осложнения при различных нарушениях сократительной деятельности матки? Что подразумевается по несвоевременное излитие околоплодных вод? Какова тактика и осложнения?

4. Что подразумевается под родовой травматизмом матери? Какие степени разрывов промежности, шейки матки, влагалища существуют? Травматическое повреждение лонного сочленения.

5. Каково клиническое течение угрожающего и совершившегося разрыва матки, лечение и профилактика?

6. Какие патологии включает в себя родовой травматизм плода (кефалогематома, кровоизлияние в мозг, парез лицевого нерва, плечевого сплетения, перелом ключицы, конечностей)?

7. Какова диагностика, профилактика и лечение острой и хронической гипоксии плода?

8. Какие родоразрешающие операции существуют? Какие операции выполняются в последовом и раннем послеродовом периодах (ручное отделение плаценты, ручное обследование послеродовой матки)? Каковы показания, техника проведения, обезболивание при этих операциях? Кесарево сече-

ние: показания, противопоказания, методика выполнения.

9. Какие особенности течения и ведения родов при тазовом предлежании плода? Как оказывается ручное пособие при тазовых предлежаниях?

Ситуационная задача.

В родильное отделение поступила в первом периоде родов повторно-родящая 30 лет. Последний раз посещала женскую консультацию 10 дней назад. Самочувствие удовлетворительное, I роды закончились самопроизвольно живым ребенком 6 лет тому назад; в течении последующих 3-х лет было 2 искусственных аборта, произведенных в больнице; 2 года назад были вторые роды, закончились операцией кесарева сечения по поводу предлежания плаценты. 3 послеоперационном периоде было повышение температуры до 37,6-37,8°C, получала АВ с первого дня операции. Ребенок жив, развивается хорошо. Женщина правильного телосложения, таз нормальных размеров, плодный пузырь цел. Открытие I палец. Сердцебиение плода ясное, положение продольное, предлежит головка. При пальпации рубца на матке определяется истончение в области обоих углов и его болезненность.

А) Правильно ли было ведение беременной в женской консультации, есть ли дефекты наблюдения?

Б) Врачебная тактика.

В) Метод родоразрешения.

Вопросы для проведения текущего контроля

1. Что такое гестоз беременных? Какая этиология, патогенез и классификация гестозов? Какие формы ранних токсикозов существуют? Каковы принципы их лечения? Какие показания к прерыванию беременности существуют?

2. Какие формы поздних гестозов существуют? Каковы особенности лечения поздних гестозов на современном этапе?

3. Какие сочетанные формы гестозов существуют? Какова клиника, диагностика, современные методы лечения? Какое течение и ведение родов и послеродового периода при гестозах? Какие группы беременных с повышенным риском возникновения позднего гестоза существуют, ведение их в женской консультации?

4. Кариес и пародонтопатии у беременных с ранним и поздним гестозом, гингивиты, связь с количеством беременностей и гестозом. Как осуществляется профилактическая и лечебная стоматологическая помощь беременным с гестозом в женской консультации?

5. Какие основные нозологии могут привести к возникновению кровотечений в первой половой половине беременности? Какие медицинские по-

казания к прерыванию беременности, противопоказания к искусственному аборту и его осложнения? Инфицированный аборт. Какая рекомендуется контрацепция в послеабортном периоде? Какие методы контрацепции существуют?

6. Какова этиология, патогенез, клиника развивающейся и нарушенной трубной беременности, методы диагностики? Какова тактика врача при подозрении и диагностике внематочной беременности? Как осуществляется профилактика трубной беременности и реабилитация женщин, перенесших трубную беременность?

7. Каковы этиология, профилактика, тактика при невынашивании беременности? Какие особенности ведения преждевременных родов?

8. Какие причины перенашивания беременности? Какое влияние перенашивание оказывает на плод? Какова тактика родоразрешения?

9. Какова клиника, диагностика, тактика врача и реабилитация женщин с трофобластической болезнью?

10. Каковы этиология, классификация, течение беременности, ведение родов при предлежании плаценты?

11. Какова этиология, клиника, состояние плода, тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты? Какова ее профилактика?

Ситуационная задача.

1. В женскую консультацию обратилась женщина М. с гипертонической болезнью (рабочее АД 150/90) в сроке 6 недель с целью постановки на учет по беременности.

Какова дальнейшая тактика врача ЖК?

2. Роженица М., 34-х летнаходится в 3-м периоде родов. Беременность 5, роды вторые (первые роды- нормальные), 2 медаборта (без осложнения один самопроизвольный выкидыш присроке 16 недель, осложнившийся метроррозометритом. Аборты и выкидыш были между родами) .Настоящая беременность и роды протекали нормально, родился ребенок весом 3700 г, по АПГАР 8-9 бал. Через 15 мин. после рождения ребенка признаков отделения последа нет, началось кровотечение темной кровью со сгустками в умеренном кол-ве. Состояние роженицыудовлетворительное, АД 120/70 мм рт.ст., пульс 78 уд/мин. Матка плотная, дно ее на уровне пупка.

1. Ваш диагноз?

2. Ваш план лечебных мероприятий?

3. О каких возможных осложнениях необходимо помнить в данном случае?

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Контрольные вопросы для проведения промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

1. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости малого таза, их границы и размеры.
2. Анатомия мышц тазового дна.
3. Плод как объект родов.
4. Общеравномерносуженный таз. Определение. Размеры. Особенности биомеханизма родов.
5. Плоскоррахитический таз. Определение. Размеры. Особенности биомеханизма родов.
6. Простой плоский таз. Определение. Размеры. Особенности биомеханизма родов.
7. Поперечносуженный таз. Определение. Размеры. Особенности биомеханизма родов.
8. Классификация узких тазов по форме и степени сужения.
9. Биомеханизмы родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.
10. Тазовые предлежания. Классификация. Биомеханизм родов.
11. Ручное пособие при ножных предлежаниях.
12. Признаки морфофункциональной зрелости и доношенности плода.
13. Ручное пособие классическим способом при тазовых предлежаниях.
14. Клиническое течение родового акта. Периоды родов. Определение зрелости шейки матки.
15. Последовый период. Механизм признаков отделения плаценты.
16. Диагностика беременности поздних сроков. Методы наружного и внутреннего обследования.
17. Понятие о клинически узком тазе. Признаки и степени клинического несоответствия.
18. Разгибательные предлежания и аномальные вставления головки. Диагностика.
19. Физиологический послеродовый период. Изменения в организме роженицы.
20. Преэклампсия/эклампсия. Классификация. Этиопатогенез.
21. Основные принципы терапии преэклампсии.
22. Токсикозы I половины беременности. Основные клинические фор-

мы.

23. Самопроизвольный аборт. Классификация, принципы, клиника, врачебная тактика.

24. Пузырный занос, этиология, диагностика, методы лечения.

25. Внематочная беременность. Классификация, этиология, варианты клинического течения, диагностика, терапия.

26. Предлежание плаценты. Классификация, этиология, диагностика, ведение родов.

27. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины, клиника, диагностика.

28. Тромбогеморрагический синдром. Механизм развития. Диагностика, лечение.

29. Ведение беременности и родов при пороках сердца.

30. Бактериальный (септический) шок в акушерстве. Этиология, клиника, диагностика.

31. Послеродовые септические инфекции. Этиология, классификация.

32. Кровотечения в послеродовом периоде; причины, диагностика, принципы терапии.

33. Кровотечения в раннем послеродовом периоде; причины, диагностика, принципы терапии.

34. Аномалии родовой деятельности; причины, классификация.

35. Слабость родовой деятельности: этиология, классификация, методы родоусиления.

36. Разрыв промежности; причины, классификация, диагностика и лечение.

37. Кесарево сечение; определение, классификация, показания.

38. Корпоральное кесарево сечение; показания, техника операции, преимущества и недостатки метода.

39. Кесарево сечение в нижнем сегменте; показания, техника операции, преимущества и недостатки метода.

40. Выходные акушерские щипцы; показания, условия, техника операции, возможные осложнения.

41. Полостные акушерские щипцы; показания, условия, техника операции, возможные осложнения.

42. Вакуум-экстракция плода; показания, условия, техника операции, возможные осложнения.

43. Экстракция плода за тазовый конец; показания, техника операции, возможные осложнения.

44. Ручное обследование полости матки; показания, обезболивание и

техника операции.

45. Ручное отделение плаценты; показания, обезболивание и техника операции.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которую он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана фа-

культета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

Зачет

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.

3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость

мость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

· Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - вы-

ставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

| Шкала оценивания | | Уровень освоения компетенции | Критерии оценивания |
|------------------|---------|------------------------------|--|
| отлично | зачтено | высокий | студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний. |
| хорошо | | достаточный | студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного |

| | | | |
|---------------------|------------|-----------------------------|--|
| | | | материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности. |
| удовлетворительно | | базовый | студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора. |
| неудовлетворительно | не зачтено | Компетенция не сформирована | студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине. |

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-2761-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427613.html>.

2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3250-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html>.

3. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / Серов В.Н.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- ISBN 978-5-9704-1930-4. (<http://www/studmedlib.ru/book/ISBN9785970419304.html>).

4. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Савельева Г.М., Ша-

лина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2010.- ISBN 978-5-9704-3295-2
(<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html>).

5. Акушерство и гинекология № 2 (20), 2018 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - ISBN -2018-02 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/AG-2018-02.html>.

6.2 Методические и периодические издания:

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов. Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru
3. РОССИЙСКИЙ стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
2. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
3. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru>.
4. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>.

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2 Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.
10. Каталог профессиональных медицинских интернет-ресурсов <http://www.webmed.irkutsk.ru/>
11. Сайт для врачей <http://www.med-edu.ru/>

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над

ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно сделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление достичь до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподава-

теля, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными

возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья ус-танавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохож-дения.

Раздел 11. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

| № п/п | Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования | Адрес (местоположение) объ-екта, подтверждающего на-личие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с до-кументами по технической инвентаризации) |
|-------|--|--|
| 1. | Учебная аудитория для проведения занятий лекци-онного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучаю-щихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техниче-скими средствами, учебно-наглядными пособиями, об-разовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности. | 367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 20 |
| 2. | Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации. | 367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23 |
| 3. | Помещение для приобретения практических навыков (кабинет гинеколога), оснащённое медицинской тех-никой и оборудованием для выполнения определён-ных видов работ, связанных с будущей профессио-нальной деятельностью: | 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, кабинет гинеколога, 1 этаж |
| 4. | Помещение для приобретения практических навыков (палата интенсивной терапии), оснащённое медицин-ской техникой и оборудованием для выполнения оп-ределённых видов работ, связанных с будущей про-фессиональной деятельностью: | 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, палата интенсивной тера-пии, 1 этаж, отделение ане-стезиологии и реанимации |
| 5. | Помещение для приобретения практических навыков (палата № 3), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов | 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, палата № 3, 2 этаж, ро- |

| | | |
|----|---|---|
| | работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: | дильное отделение |
| 6. | Помещение для приобретения практических навыков (кабинет УЗИ), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: | 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, кабинет УЗИ, 1 этаж |
| 7. | Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющим использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен). | 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, учебный класс, 1 этаж |