



Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 14 от 28.06.2023 г.

Фонд оценочных средств	«ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа - программа подготовки специалистов среднего звена по специальности 31.02.02 Акушерское дело
Квалификация базовой подготовки	Акушерка/Акушер
Форма обучения	Очная

Фонд оценочных средств профессионального модуля «ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода» рассмотрен и одобрен: цикловой методической комиссией специальностей 31.02.01 Лечебное дело, 31.02.02 Акушерское дело,

Протокол № 11 от 02.06.2023г.

методическим советом филиала, Протокол № 11 от 09.06.2023г.

учебно-методическим советом университета, Протокол №10 от 27.06.2023г.

Разработчик (и):

ФИО	Место работы (организация)	Должность
Блок Т.Г.	Ефремовский филиал ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Преподаватель
Гаджимагомедова О. Ю.	Ефремовский филиал ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Преподаватель
Меркулов Н. М.	Ефремовский филиал ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Преподаватель

1.Паспорт фонда оценочных средств

1.1. Фонд оценочных средств для проведения текущей аттестации обучающихся

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	МДК.04.01.Патологическое акушерство		
	Раздел 1. Патологическое акушерство Тема 1.1. Токсикозы беременных. Редкие формы токсикозов беременных Тема 1.2. Гестозы беременных. Прегестоз. Отеки беременных Тема 1.3. Гестоз легкой, средней и тяжелой степени Тема 1.4. Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы Тема 1.5. Ведение беременности и родов при заболеваниях мочевыделительной системы Тема 1.6. Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы Тема 1.7. Ведение беременности и родов при заболеваниях репродуктивной системы Тема 1.8. Ведение беременности и родов при изосерологической несовместимости крови матери и плода по Rh- факторы и системе ABO Тема 1.9. Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты Тема 1.10. Преждевременные роды. Преждевременное прерывание беременности Тема 1.11. Переношенная беременность Тема 1.12. Аномалии сократительной деятельности матки. Роды при узком тазе Тема 1.13. Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода. Роды при многоплодии Тема 1.14. Родовой травматизм матери Тема 1.15. Кровотечения в I половине беременности не связанные с патологией плодного яйца Тема 1.16. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты Тема 1.17. Кровотечение в III периоде ро-	ОК1 - ОК13. ПК4.1; ПК4.2; ПК4.3, ПК 4.4; ПК 4.5.	Тестовый контроль Опрос Задания на проверку практического опыта Демонстрация практических навыков

	<p>дов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах</p> <p>Тема 1.18. Формы первого этапа послеродовой инфекции</p> <p>Тема 1.19 Формы второго этапа послеродовой инфекции</p> <p>Тема 1.20 Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая инфекция</p> <p>Тема 1.21.Послеродовой лактационный мастит</p> <p>Тема 1.22 Акушерские операции во время беременности</p> <p>Тема 1.23. Операции по исправлению положения плода в родах</p> <p>Тема 1.24. Операции, подготавливающие родовые пути</p> <p>Тема 1.25. Разрыв шейки матки. Разрывы влагалища</p> <p>Тема 1.26. Разрывы промежности. Разрывы наружных половых органов</p> <p>Тема 1.27. Ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование матки</p> <p>Тема 1.28. Плодоразрушающие операции</p> <p>Тема 1.29. Акушерские щипцы</p> <p>Раздел 2.Неотложные состояния в акушерстве</p> <p>Тема 2.1. Вакуум-экстракция плода</p> <p>Тема 2.2. Экстракция плода за тазовый конец</p> <p>Тема 2.3. Кесарево сечение</p> <p>Тема 2.4.Роды вне лечебного учреждения</p> <p>Тема 2.5. Преэклампсия. Эклампсия. HELLP –синдром</p> <p>Тема 2.6. Акушерские кровотечения</p> <p>Тема 2.7. Геморрагический шок в акушерстве</p>		
2.	МДК.04.02. Сестринский уход за больным новорожденным		
	<p>Тема 1. Недоношенные дети. Осуществление ухода за недоношенным новорожденным</p> <p>Тема 2. Оценка состояния новорожденного. Реанимационная помощь новорожденному в родильном зале</p> <p>Тема 3. Осуществление ухода за новорожденным при родовых травмах</p> <p>Тема4. Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденного.</p> <p>Организация ухода при гемолитической болезни новорожденных</p> <p>Тема 5. Болезни кожи. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчат-</p>	<p>ОК1 - ОК13. ПК4.1; ПК4.2; ПК4.3, ПК 4.4; ПК 4.5.</p>	<p>Тестовый контроль Опрос Задания на проверку практического опыта</p>
	<p>Тема 5. Болезни кожи. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчат-</p>	<p>ОК1 - ОК13. ПК4.1; ПК4.2; ПК4.3, ПК 4.4; ПК 4.5.</p>	<p>Тестовый контроль</p>

	ки. Заболевание пуповинного остатка и пупочной ранки. Сепсис новорождённых Тема 6. Внутриутробные вирусные и бактериальные инфекции: врождённая краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпетическая инфекция Тема 7. Внутриутробные вирусные инфекции: вирусный гепатит В, энтеровирусные инфекции, стрептококковая инфекция, колибактериальная инфекция, листериоз, токсоплазмоз, хламидиоз.		
--	--	--	--

Критерии оценивания тестового контроля:

Тест считается успешно выполненным, если доля правильно решенных заданий составляет не менее 50%. Результат тестового контроля переводится в 5-балльную шкалу оценок по схеме:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Критерии оценивания заданий на проверку практического опыта:

«Отлично» ставится, если: - поставлен правильный диагноз, определены нарушенные потребности, правильно определена тактика - студент дает правильные формулировки диагноза, точные определения, понятия терминов; - владеет медицинской терминологией.

«Хорошо» ставится, если: - поставлен правильный диагноз, имеются недочеты в определении нарушенных потребностей, - неполно, но правильно изложено задание; - при изложении были допущены 1-2 несущественные ошибки,

«Удовлетворительно», если: - неполно, но правильно изложено задание, поставлен диагноз, но нарушенные потребности не сформулированы, тактика ведения не определена; - при изложении была допущена 1 существенная ошибка;

«Неудовлетворительно» преподаватель вправе оценить выполненное студентом задание, если оно не удовлетворяет требованиям, установленным преподавателем к данному виду работы. Если студент неправильно сформулировал диагноз, не определил нарушенные потребности, не определяет тактику ведения пациента.

Критерии оценивания опроса

• 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.

• 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 задач.

• Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими за-

трудностями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по ПМ.

Критерии оценивания при демонстрации практических навыков

«неудовлетворительно»	Ответа нет. Ответ не соответствует вопросу. Демонстрируемая манипуляция не соответствует предложенной в билете. Допущены грубые ошибки при выполнении (с нарушениями Санитарных правил и норм, методических указаний и др., или повлекшие к нарушению здоровья пациента).
«удовлетворительно»	Ответ неполный. Алгоритм манипуляции выполнен частично, действия не соответствуют заданным параметрам (без нарушений Санитарных правил и норм, методических указаний и др.).
«хорошо»	Студент демонстрирует хорошее знание манипуляции. Алгоритм манипуляции выполнен не полностью, либо выполнен с нарушениями, не имеющими существенного значения (без нарушений Санитарных правил и норм, методических указаний и др.).
«отлично»	Студент демонстрирует отличное знание манипуляции. Алгоритм выполнения манипуляции соблюден полностью.

Пример оценочного средства: демонстрация практических навыков

Оценка практических навыков осуществляется с использованием оценочных листов.

2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

2.1. Формы промежуточной аттестации - Комплексный дифференцированный зачет по МДК.04.01 Патологическое акушерство, МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

Перечень тем для подготовки к комплексному дифференцированному зачету по МДК.04.01, МДК.04.02

МДК.04.01. Патологическое акушерство

Раздел 1. Патологическое акушерство

1. Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода. Роды при многоплодии
2. Родовой травматизм матери
3. Кровотечения в I половине беременности не связанные с патологией плодного яйца
4. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Кровотечение в III периоде родов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах
6. Формы первого этапа послеродовой инфекции
7. Формы второго этапа послеродовой инфекции
8. Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая инфекция
9. Послеродовой лактационный мастит
10. Акушерские операции во время беременности
11. Операции по исправлению положения плода в родах
12. Операции, подготавливающие родовые пути
13. Разрыв шейки матки. Разрывы влагалища
14. Разрывы промежности. Разрывы наружных половых органов
15. Ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование матки
16. Плодоразрушающие операции
17. Акушерские щипцы

Раздел 2. Неотложные состояния в акушерстве

1. Вакуум-экстракция плода
2. Экстракция плода за тазовый конец
3. Кесарево сечение
4. Роды вне лечебного учреждения
5. Преэклампсия. Эклампсия. HELLP –синдром
6. Акушерские кровотечения
7. Геморрагический шок в акушерстве

МДК 04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

1. Недоношенные дети. Осуществление ухода за недоношенным новорожденным
2. Оценка состояния новорожденного. Реанимационная помощь новорожденному в родильном зале
3. Осуществление ухода за новорожденным при родовых травмах
4. Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденного.
5. Организация ухода при гемолитической болезни новорожденных
6. Болезни кожи. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Заболевание пуповинного остатка и пупочной ранки. Сепсис новорожденных
7. Внутриутробные вирусные и бактериальные инфекции: врожденная краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпетическая инфекция

8. Внутриутробные вирусные инфекции: вирусный гепатит В, энтеровирусные инфекции, стрептококковая инфекция, колибактериальная инфекция, листериоз, токсоплазмоз, хламидиоз.

**2.2. Оценочные материалы качества подготовки обучающихся
к комплексному дифференцированному зачету по МДК.04.01 Патологическое акушерство,
МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным**

Инструкция: выбрать один правильный ответ

Компетенции	Задания	Варианты ответов
ОК 1	абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Отек головного мозга (кома 3) б) Преэклампсия в) Сепсис
ОК 1	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Ишемия головного мозга б) Эклампсия в) Сепсис
ОК 2	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Острая гипоксия плода б) Острый пиелонефрит в) Рефрактерный шок
ОК 2	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Несостоятельность хирургического гемостаза б) Предлежание плаценты в) Компенсированная дыхательная недостаточность
ОК 3	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Преэклампсия б) Предлежание плаценты в) Декомпенсированная дыхательная недостаточность
ОК 3	Для преждевременных родов характерно	а) Не регулярные схватки (менее 2 за 60 мин) б) Динамические изменения шейки матки в) Острая гипоксия плода
ОК 4	Показаниями к проведению токолиза при угрожающих преждевременных родах является	а) Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) б) Отсутствие динамических изменений шейки матки в) Кровотечение
ОК 4	Показаниями к проведению токолиза при угрожающих преждевременных родах является	а) Регулярные схватки (менее 2 за 60 мин) б) Динамические изменения шейки матки в) Острая гипоксия плода
ОК 5	Сульфат магния беременным назначается с целью	а) Токолиза б) Нейропротекции (профилактики ДЦП) у новорожденных в) Обезоливания
ОК 5	Противопоказаниями для назначения блокаторов кальциевых каналов являются	а) Гипертензия б) Почечная недостаточность в) Заболевания сердца
ОК 6	Для проведения токолиза при	а) Атосибан

	преждевременных родах препаратом первой линии является	б) Нифедипин в) Гексапринолина сульфат
ОК 6	Для проведения токолиза при преждевременных родах препаратом второй линии является	а) Атосибан б) Нифедипин в) Гексапринолина сульфат
ОК 7	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Состоятельный хирургический гемостаз б) Прогрессирующая отслойка плаценты в) Компенсированная дыхательная недостаточность
ОК 7	Противопоказаниями для назначения антогонистов окситоциновых рецепторов являются	а) Отслойка плаценты б) Гипотония матки в) Гипертензия
ОК 8	факторами риска преждевременных родов, относящихся к прошлым беременностям являются	а) Высокий социально-экономический уровень б) Многоплодная/индуцированная беременность в) Конизация шейки матки
ОК 8	Факторами риска преждевременных родов, способствующими развитию преждевременных родов при данной беременности являются	а) Инфекция мочевыводящих путей б) Стрессовая ситуация в) Маловодие
ОК 9	К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести	а) Агональное состояние пациентки б) Непрогрессирующая отслойка плаценты в) Состоятельность хирургического гемостаза
ОК 9	К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести	а) Компенсированное состояние пациентки б) Прогрессирующая отслойка плаценты в) Состоятельность хирургического гемостаза
ОК 10	Побочными эффектами блокаторов кальциевых каналов являются	а) Тахикардия б) Брадикардия в) Аллергическая реакция
ОК 10	Побочными эффектами антагониста рецепторов окситоцина являются	а) Артериальная гипотензия б) Нарушение ЧСС в) Гипогликемия
ОК 11	При отсутствии эффекта от токолиза при преждевременных родах показана	а) Транспортировка под прикрытием другого токолитика б) Пациентка должна остаться в ЛПУ в) Экстренное кесарево сечение
ОК 11	К к перечню показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения iii группы относятся	а) Предлежание плаценты б) Преждевременные роды при сроке более 32 недель в) Пиелонефрит беременных
ОК 12	Вторичная профилактика преждевременных родов (в период беременности) включает	а) Внедрение антиникотиновых программ во время беременности б) Дополнительный прием антиоксидантов

		в) Назначение витаминных комплексов
ОК 12	Вторичная профилактика преждевременных родов (в период беременности) включает	а) Прием йодомарина во время беременности б) Дополнительный прием антиоксидантов в) Назначение вагинального прогестерона у женщин с преждевременными родами в анамнезе
ОК 13	Поздние преждевременные роды это	а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 34-36 недель
ОК 13	Для профилактики преждевременных родов рекомендуется	а) Ограничение внутриматочных манипуляций б) Не информированность о риске после ВРТ в) Рутинное применение витаминов
ПК 4.1	При беременности двойней, наложение швов на укороченную шейку матки	а) Снижает риск преждевременных родов б) Повышает риск преждевременных родов в) Не влияет
ПК 4.1	Антибиотикопрофилактику при родовом излитии околоплодных вод следует начинать через	а) 3 часа б) Сразу после постановки диагноза в) При появлении симптомов хориоамнионита
ПК 4.1	Вероятность преждевременных родов в течение недели при длине шейки матки 3 см составляет	а) 1% б) 5% в) 10%
ПК 4.1	Противопоказанием для выбора выжидательной тактики является	а) Хориоамнионит б) Предлежание плаценты в) Компенсированное состояние матери или плода
ПК 4.2	Очень ранние преждевременные роды это	а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 34-36 недель
ПК 4.2	Ранние преждевременные роды это	а) до 28 недель б) 29-30 недель 3) 34-36 недель 4) 31-33 недели
ПК 4.2	Преждевременные роды это	а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 31-33 недели
ПК 4.2	Текст задания к акушерке фапа обратилась беременная с., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. появились 2 дня назад, после физической нагрузки. в анамнезе: менструальная функция без особенностей. последняя менструация 4 месяца назад. данная беременность 1-я, желанная. соматически здорова. гинекологические заболевания отрицает. работает поваром.	а) Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке. Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений. Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки. б) Настоящие проблемы женщины: дефицит знаний. Потенциальные проблемы: риск самопроиз-

	<p>объективно: кожные покровы обычной окраски. пульс 76 в мин., ритмичный. ад - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.</p> <p>осмотр в зеркалах: влагалище цианотично. шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт. влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. выделения слизистые.</p> <p>задания</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявить проблемы женщины и их причины. 	<p>вольного выкидыша и его осложнений. Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.</p> <p>в) Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры.</p> <p>Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений. Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.</p>
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся	<p>а) Преэклампсия</p> <p>б) Хронический гепатит</p> <p>в) Анемия легкой степени</p>
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся все, кроме	<p>а) Преэклампсия умеренная</p> <p>б) Острый жировой гепатоз</p> <p>в) Острая гипоксия плода</p>
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся	<p>а) ДВС синдром</p> <p>б) Сахарный диабет, без кетоацидоза</p> <p>в) Средняя форма эпилепсии</p>
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся	<p>а) Преэклампсия умеренная</p> <p>б) Сахарный диабет, без кетоацидоза</p> <p>в) Сепсис во время беременности</p>
ПК 4.4	Признаки хориамнионита включают	<p>а) Тахикардия плода более 160 уд в минуту</p> <p>б) Выделения из влагалища без запаха</p> <p>в) Температура у матери 37 0С</p>
ПК 4.4	Признаки ХОРИАМНИОНИТА включают	<p>а) Тахикардия плода менее 160 уд в минуту</p> <p>б) Выделения из влагалища без запаха</p> <p>в) Тахикардия матери более 100 уд в минуту</p>
ПК 4.5	Показаниями для проведения профилактики рдс являются	<p>а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более</p> <p>б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели</p>

		в) Поздние преждевременные роды
ПК 4.5	Наиболее точный маркер преждевременных родов	а) Длина шейки матки менее 3 см (по данным гинекологического исследования) б) Выявление фибронектина в шейечно-влагалищном секрете в) Определение фосфорилированного протеина 1 в шейечном секрете
ПК 4.5	Показаниями для проведения профилактики рдс являются	а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели в) Поздние преждевременные роды
ПК 4.5	Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. обратилась в ЖК с подозрением на беременность. жалобы на задержку месячных на 3 месяца. месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. отмечает повышенную сонливость и тошноту. врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. женщина будет рожать, встает на учет по беременности. учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы. задания • выделить проблемы беременной, помочь в их решении.	а) Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию. б) Жалобы возникли в связи с патологически протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. в) Жалобы возникли в низком образовании. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её.

Критерии оценивания тестового контроля.

Тест считается успешно выполненным, если доля правильно решенных заданий составляет не менее 50%. Результат тестового контроля переводится в 5-балльную шкалу оценок по схеме:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Пример билета для комплексного дифференцированного зачета по МДК.04.01 Патологическое акушерство, МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

**БИЛЕТ ДЛЯ СДАЧИ КОМПЛЕКСНОГО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА № 1
МДК.04.01 Патологическое акушерство, МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным. Билет формируется путем случайного выбора 25 тестовых вопросов.**

Решение тестовых заданий:

Вариант 1

1. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - а) Отек головного мозга (кома 3)
 - б) Преэклампсия
 - в) Сепсис
2. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ
 - а) Острая гипоксия плода
 - б) Острый пиелонефрит
 - в) Рефрактерный шок
3. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ
 - а) Преэклампсия
 - б) Предлежание плаценты
 - в) Декомпенсированная дыхательная недостаточность
4. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ТОКОЛИЗА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин)
 - б) Отсутствие динамических изменений шейки матки
 - в) Кровотечение
5. СУЛЬФАТ МАГНИЯ БЕРЕМЕННЫМ НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
 - а) Токолиза
 - б) Нейропротекции (профилактики ДЦП) у новорожденных
 - в) Обезоливания
6. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОКОЛИЗА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) Атосибан
 - б) Нифедипин
 - в) Гексапринолина сульфат
7. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЮТСЯ
 - а) Состоятельный хирургический гемостаз
 - б) Прогрессирующая отслойка плаценты
 - в) Компенсированная дыхательная недостаточность
8. ФАКТОРАМИ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ПРОШЛЫМ БЕРЕМЕННОСТЯМ ЯВЛЯЮТСЯ
 - а) Высокий социально-экономический уровень
 - б) Многоплодная/индуцированная беременность
 - в) Конизация шейки матки
9. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ МОЖНО ОТНЕСТИ
 - а) Агональное состояние пациентки
 - б) Непрогрессирующая отслойка плаценты
 - в) Состоятельность хирургического гемостаза

10. ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) Тахикардия
- б) Брадикардия
- в) Аллергическая реакция

11. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ТОКОЛИЗА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПОКАЗАНА

- а) Транспортировка под прикрытием другого токолитика
- б) Пациентка должна остаться в ЛПУ
- в) Экстренное кесарево сечение

12. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ) ВКЛЮЧАЕТ

- а) Внедрение антитабачных программ во время беременности
- б) Дополнительный прием антиоксидантов
- в) Назначение витаминных комплексов

13. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

- а) до 28 недель
- б) 29-30 недель
- в) 34-36 недель

14. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ, НАЛОЖЕНИЕ ШВОВ НА УКРОЧЕННУЮ ШЕЙКУ МАТКИ

- а) Снижает риск преждевременных родов
- б) Повышает риск преждевременных родов
- в) Не влияет

15. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКУ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ

- а) 3 часа
- б) Сразу после постановки диагноза
- в) При появлении симптомов хориоамнионита

16. ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

- а) до 28 недель
- б) 29-30 недель
- в) 34-36 недель

17. РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ЭТО

- а) до 28 недель
- б) 29-30 недель
- в) 34-36 недель
- г) 31-33 недели

18. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а) Преэклампсия
- б) Хронический гепатит
- в) Анемия легкой степени

19. К ОСНОВНЫМ СОСТОЯНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИНАМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) Преэклампсия умеренная
- б) Острый жировой гепатоз
- в) Острая гипоксия плода

20. ПРИЗНАКИ ХОРИАМНИОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- а) Тахикардия плода более 160 уд в минуту
- б) Выделения из влагалища без запаха

в) Температура у матери 37 0С

21. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ЯВЛЯЮТСЯ

- а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более
- б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели
- в) Поздние преждевременные роды

22. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МАРКЕР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- а) Длина шейки матки менее 3 см (по данным гинекологического исследования)
- б) Выявление фибронектина в шеечно-влагалищном секрете
- в) Определение фосфорилированного протеина 1 в шеечном секрете

23. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ЯВЛЯЮТСЯ

- а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более
- б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели
- в) Поздние преждевременные роды

24. Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы. Выделите проблемы беременной, определите помощь в их решении.

а) Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью.

Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию.

б) Жалобы возникли в связи с патологически протекающей беременностью.

Необходимо объяснить это женщине и успокоить её.

в) Жалобы возникли в связи с низким образованием.

Необходимо объяснить это женщине и успокоить её.

25. ПРИЗНАКИ ХОРИАМНИОНИТА ВКЛЮЧАЮТ

- а) Тахикардия плода менее 160 уд в минуту
- б) Выделения из влагалища без запаха
- в) Тахикардия матери более 100 уд в минуту

**Критерии оценивания билета для комплексного
дифференцированного зачета по МДК.04.01 Патологическое акушерство, МДК.04.02
Сестринский уход за больным новорожденным**

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % тестовых заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % тестовых заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

2. 2. Форма промежуточной аттестации – комплексный дифференцированный зачет по УП.04.01 Учебная практика. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода, ПП.04.01 Производственная практика (по профилю специальности). Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

Перечень тем для подготовки к дифференцированному зачету

МДК.04.01.Патологическое акушерство

Раздел 1. Патологическое акушерство

1. Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода. Роды при многоплодии
2. Родовой травматизм матери
3. Кровотечения в I половине беременности не связанные с патологией плодного яйца
4. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Кровотечение в III периоде родов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах
6. Формы первого этапа послеродовой инфекции
7. Формы второго этапа послеродовой инфекции
8. Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая инфекция
9. Послеродовой лактационный мастит
10. Акушерские операции во время беременности
11. Операции по исправлению положения плода в родах
12. Операции, подготавливающие родовые пути
13. Разрыв шейки матки. Разрывы влагалища
14. Разрывы промежности. Разрывы наружных половых органов
15. Ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование матки
16. Плодоразрушающие операции
17. Акушерские щипцы

Раздел 2. Неотложные состояния в акушерстве

1. Вакуум-экстракция плода
2. Экстракция плода за тазовый конец
3. Кесарево сечение
4. Роды вне лечебного учреждения
5. Преэклампсия. Эклампсия. HELLP –синдром
6. Акушерские кровотечения
7. Геморрагический шок в акушерстве

МДК 04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

1. Недоношенные дети. Осуществление ухода за недоношенным новорожденным
2. Оценка состояния новорожденного. Реанимационная помощь новорожденному в родильном зале
3. Осуществление ухода за новорожденным при родовых травмах
4. Желтухи новорожденных. Гемолитическая болезнь новорожденного.
5. Организация ухода при гемолитической болезни новорожденных
6. Болезни кожи. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Заболевание пупочного остатка и пупочной ранки. Сепсис новорожденных

7. Внутриутробные вирусные и бактериальные инфекции: врожденная краснуха, цитомегаловирусная инфекция, врожденный неонатальный герпес
8. Внутриутробные вирусные инфекции: вирусный гепатит В, энтеровирусные инфекции, стрептококковая инфекция, колибактериальная инфекция, листериоз, токсоплазмоз, хламидиоз.

**Оценочные материалы качества подготовки обучающихся
к комплексному дифференцированному зачету
Инструкция: выбрать один правильный ответ**

Компетенции	Задания	Варианты ответов
ОК 1	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Отек головного мозга (кома 3) б) Преэклампсия в) Сепсис
ОК 1	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Ишемия головного мозга б) Эклампсия в) Сепсис
ОК 2	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Острая гипоксия плода б) Острый пиелонефрит в) Рефрактерный шок
ОК 2	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Несостоятельность хирургического гемостаза б) Предлежание плаценты в) Компенсированная дыхательная недостаточность
ОК 3	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Преэклампсия б) Предлежание плаценты в) Декомпенсированная дыхательная недостаточность
ОК 3	Для преждевременных родов характерно	а) Не регулярные схватки (менее 2 за 60 мин) б) Динамические изменения шейки матки в) Острая гипоксия плода
ОК 4	Показаниями к проведению токолиза при угрожающих преждевременных родах является	а) Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) б) Отсутствие динамических изменений шейки матки в) Кровотечение
ОК 4	Показаниями к проведению токолиза при угрожающих преждевременных родах является	а) Регулярные схватки (менее 2 за 60 мин) б) Динамические изменения шейки матки в) Острая гипоксия плода
ОК 5	Сульфат магния беременным назначается с целью	а) Токолиза б) Нейропротекции (профилактики ДЦП) у новорожденных в) Обезоливания
ОК 5	Противопоказаниями для назначения блокаторов кальциевых каналов являются	а) Гипертензия б) Почечная недостаточность в) Заболевания сердца
ОК 6	Для проведения токолиза при преж-	а) Атосибан

	девремених родах препаратом первой линии является	б) Нифедипин в) Гексапринолина сульфат
ОК 6	Для проведения токолиза при преждевременных родах препаратом второй линии является	а) Атосибан б) Нифедипин в) Гексапринолина сульфат
ОК 7	Абсолютными противопоказаниями к транспортировке при преждевременных родах являются	а) Состоятельный хирургический гемостаз б) Прогрессирующая отслойка плаценты в) Компенсированная дыхательная недостаточность
ОК 7	Противопоказаниями для назначения антагонистов окситоциновых рецепторов являются	а) Отслойка плаценты б) Гипотония матки в) Гипертензия
ОК 8	Факторами риска преждевременных родов, относящихся к прошлым беременностям являются	а) Высокий социально-экономический уровень б) Многоплодная/индуцированная беременность в) Конизация шейки матки
ОК 8	Факторами риска преждевременных родов, способствующими развитию преждевременных родов при данной беременности являются	а) Инфекция мочевыводящих путей б) Стрессовая ситуация в) Маловодие
ОК 9	К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести	а) Агональное состояние пациентки б) Непрогрессирующая отслойка плаценты в) Состоятельность хирургического гемостаза
ОК 9	К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести	а) Компенсированное состояние пациентки б) Прогрессирующая отслойка плаценты в) Состоятельность хирургического гемостаза
ОК 10	Побочными эффектами блокаторов кальциевых каналов являются	а) Тахикардия б) Брадикардия в) Аллергическая реакция
ОК 10	Побочными эффектами антагониста рецепторов окситоцина являются	а) Артериальная гипотензия б) Нарушение ЧСС в) Гипогликемия
ОК 11	При отсутствии эффекта от токолиза при преждевременных родах показана	а) Транспортировка под прикрытием другого токолитика б) Пациентка должна остаться в ЛПУ в) Экстренное кесарево сечение
ОК 11	К перечню показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения III группы относятся	а) Предлежание плаценты б) Преждевременные роды при сроке более 32 недель в) Пиелонефрит беременных
ОК 12	Вторичная профилактика преждевременных родов (в период беременности) включает	а) Внедрение антитабачных программ во время беременности б) Дополнительный прием антиоксидантов

		в) Назначение витаминных комплексов
ОК 12	Вторичная профилактика преждевременных родов (в период беременности) включает	а) Прием йодомарина во время беременности б) Дополнительный прием антиоксидантов в) Назначение вагинального прогестерона у женщин с преждевременными родами в анамнезе
ОК 13	Поздние преждевременные роды это	а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 34-36 недель
ОК 13	Для профилактики преждевременных родов рекомендуется	а) Ограничение внутриматочных манипуляций б) Не информированность о риске после ВРТ в) Рутинное применение витаминов
ПК 4.1	При беременности двойней, наложение швов на укороченную шейку матки	а) Снижает риск преждевременных родов б) Повышает риск преждевременных родов в) Не влияет
ПК 4.1	Ребенок П., родился на сроке гестации 37 недель. Беременность 1. В период беременности у матери – рецидивирующий герпес labialis. Обследована серологически. Выявлены Ig G к ВПГ 2 типа в титре 1:800, положительные IgM. При рождении у ребенка отмечается микроцефалия, микрофтальмия. На коже туловища, слизистой ротовой полости – везикулярные высыпания (локализуются группами). При проведении нейросонографии – порэнцефалические кисты, церебральные кальцификаты. Ваш предварительный диагноз? Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Этиотропная терапия.	
ПК 4.1	Ребенок С. родился на сроке гестации 35 недель. Беременность вторая, первая беременность закончилась преждевременными родами на сроке гестации 30 недель, ребенку в настоящее время 15 лет, здоров. На ранних сроках гестации настоящей беременности у мамы контакт с больным краснухой. Масса при рождении 1920 гр. Желтуха при рождении, гепатоспленомегалия. Осмотрен окулистом, диагностирован иридоциклит, участки депигментированной сетчатки. Грубый систолический шум над всей поверхностью тела с максимумом звучания в 3-4 межреберье у левого края грудины. Эталоны ответов 1. Врожденная краснуха. Вероятно инфицирование у ранее серонегативной беременной на ранних сроках гестации, т.к. имеют ме-	а) верно все б) верен только диагноз в) верна только профилактика

	<p>сто множественные врожденные пороки развития.</p> <p>2. В настоящее время в национальный календарь прививок введена вакцина против краснухи, что является специфической профилактикой врожденного рубцеоза среди девушек и женщин детородного возраста.</p>	
ПК 4.1	<p>Антибиотикопрофилактику при дородовом излитии околоплодных вод следует начинать через 3</p>	<p>а) 3 часа б) Сразу после постановки диагноза в) При появлении симптомов хориоамнионита</p>
ПК 4.1	<p>Вероятность преждевременных родов в течение недели при длине шейки матки 3 см составляет</p>	<p>а) 1% б) 5% в) 10%</p>
ПК 4.1	<p>Противопоказанием для выбора выжидательной тактики является</p>	<p>а) Хориоамнионит б) Предлежание плаценты в) Компенсированное состояние матери или плода</p>
ПК 4.1.	<p>У женщины 23 лет при сроке беременности 32 недели выявлено тазовое предлежание плода. Настоящая беременность вторая. 2 года назад было прерывание беременности по социальным показаниям, а также в связи с медицинскими показаниями – миопия высокой степени -10 Д. Была выполнена операция – малое кесарево сечение. Беременная обратилась к акушерке с просьбой записать её в группу ЛФК для подготовки к родам и для исправления положения плода, как это сделала её подруга.</p> <p>Задание: Выделите проблемы беременной.</p>	<p>а) Настоящая проблема: беременная не осознает наличия у неё факторов риска по разрыву матки, показаний к оперативному родоразрешению. Потенциальная проблема: при её неосмотрительных действиях по методикам, рекомендованным здоровым беременным, у неё могут быть осложнения. б) Настоящая проблема: тазовое предлежание. Потенциальная проблема: при её неосмотрительных действиях по методикам, рекомендованным здоровым беременным, у неё могут быть осложнения. в) Настоящая проблема: беременная не осознает наличия у неё факторов риска по разрыву матки, показаний к оперативному родоразрешению. Потенциальная проблема: кровотечение.</p>
ПК 4.1	<p>В дородовом отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременных. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание, Назначено лечение: ампициллин, фурадонин, отвар толокнянки, триада профессора Николаева, витамин Е. Беременная отказывается от введе-</p>	<p>а) пиелонефрит. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – кровотечение. б) У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но</p>

	<p>ния и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.</p> <p>Задание: Выделите проблемы беременной.</p>	<p>и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – прерывание беременности, гипоксия плода, распространение инфекции и септические осложнения, отслойка плаценты, в родах – выпадение пуповины. Все это может быть при отказе от лечения.</p> <p>в) У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода</p>
ПК 4.2	Очень ранние преждевременные роды это	<p>а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 34-36 недель</p>
ПК 4.2	Ранние преждевременные роды это	<p>а) до 28 недель б) 29-30 недель 3) 34-36 недель 4) 31-33 недели</p>
ПК 4.2	Преждевременные роды это	<p>а) до 28 недель б) 29-30 недель в) 31-33 недели</p>
ПК 4.2	<p>Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) RH-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм.рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные (1 период – 6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа). Масса тела при рождении – 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.</p> <p>При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до + 1,5 см.</p> <p>При дополнительном обследовании: Билирубин пуповинной крови составил 45 мкмоль/л. В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. Hb периферической крови – 149 г/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. План обследования. 3. План лечения. 	
ПК 4.2	К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в обла-	<p>а) Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры; беспокойство за исход</p>

	<p>сти поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки. В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.</p> <p>Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком. Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.</p> <p>Задания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выявить проблемы женщины и их причины. 	<p>беременности; дефицит знаний о своем состоянии, о гигиене беременной, правильной нагрузке.</p> <p>Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.</p> <p>Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.</p> <p>б) Настоящие проблемы женщины: дефицит знаний.</p> <p>Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.</p> <p>Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.</p> <p>в) Настоящие проблемы женщины: боли, вызванные повышением тонуса маточной мускулатуры.</p> <p>Потенциальные проблемы: риск самопроизвольного выкидыша и его осложнений.</p> <p>Причина - тяжелая физическая работа. Женщину не перевели на легкий труд и не объяснили, как оберегать свою беременность. Это обязанности акушерки.</p>
ПК 4.2	При несовместимости крови матери и плода по резус-фактору гемолитическая болезнь новорожденного чаще развивается:	<p>а) при первой беременности</p> <p>б) при повторных беременностях</p> <p>в) не имеет значения</p>
ПК 4.2	Желтуха, гепатомегалия, повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз – это признаки:	<p>а) фетального гепатита</p> <p>б) гемолитической болезни</p> <p>в) конъюгационной желтухи</p>
ПК 4.2	Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней от «пожилой первородящей» матери. Роды произошли на 35 неделе беременности, масса тела 2100, длина 44 см. Крик - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Убыль массы тела – 8 %. Вес восстановился на 14 день. Во время осмотра ребенок легко охлаждается, крик слабый, поисковый рефлекс	<p>а) верно все</p> <p>б) верен только диагноз</p> <p>в) верны только признаки функциональной и морфологической зрелости новорожденного</p>

	<p>ослаблен, сосет медленно. После кормления из рожка обильно срыгивает. Кожа лица и туловища желтушная, на спине и плечах пушковые волосы, Пупочная ранка под кровянистой корочкой, без воспалительной реакции. Пупочные сосуды не пальпируются. Внутренние органы без особенностей. Яички не опущены в мошонку. Резко положительный симптом Грефе. Мышечная гипотония, большой родничок 2,5х3,5 см, слегка выбухает, расхождение сагиттального и венечного швов на 3 мм, малый родничок 0,5х0,5 см – на уровне костных краев. Ушные раковины мягкие.</p> <p>1. Диагноз: Недоношенный новорожденный, срок гестации – 35 недель. Затяжная желтуха новорожденных. Перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза, гипертензионно-гидроцефальный синдром.</p> <p>2. Ребенок родился недоношенным на сроке беременности 35 недель. Масса и длина тела соответствует сроку гестации. У мальчика выявлены признаки морфологической незрелости: лануго, мягкость ушных раковин, большие размеры родничков, расхождение швов, крипторхизм. Признаки функциональной незрелости: неспособность поддерживать постоянную температуру тела, ослабление поискового и сосательного рефлексов, обильные срыгивания, бедность движений и эмоциональных реакций, мышечная гипотония.</p> <p>Основной критерий недоношенности – это гестационный возраст.</p>	
ПК 4.2	<p>Ребенок родился от первой беременности в затылочном предлежании. Роды в срок. Вес при рождении – 3500г, рост – 52 см. Оценка по шкале Апгар – 0-3 балла на первой минуте. Общее состояние – тяжелое.</p> <p>Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне токсикоза первой и второй половины беременности. В родах применялись акушерские щипцы.</p> <p>Объективно: общее состояние ребен-</p>	<p>а) Внутричерепная родовая травма III степени тяжести. Пре- и интранатальная, постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.</p> <p>б) Внутричерепная родовая травма II степени тяжести. Пре- и интранатальная, постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.</p> <p>в) Внутричерепная родовая травма I степени тяжести. Пре- и интранатальная,</p>

	<p>ка тяжелое. Дыхание отсутствует. Отмечается тотальный цианоз, общая мышечная гипотония, отсутствие рефлексов новорожденного, большой родничок выбухает, крик отсутствует. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 в минуту, живот мягкий, печень не увеличена. Мочеиспускание свободное. Стул – меконий.</p> <p>Вопрос Обосновать предварительный диагноз.</p>	<p>постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.</p>
ПК 4.2	<p>Повторнобеременная К., 23 года, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.</p> <p>Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное. Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.</p> <p>Задание: Выявить проблемы женщины.</p>	<p>а) Настоящие проблемы: - сильные боли, связанные с регулярной и слишком активной родовой деятельностью; - беспокойство за исход родов и здоровье ребенка; Потенциальные проблемы: - риск отслойки плаценты при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения, риск разрыва шейки.</p> <p>б) Настоящие проблемы: -- беспокойство за исход родов и здоровье ребенка; Потенциальные проблемы: - риск отслойки плаценты при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения, риск разрыва шейки.</p> <p>в) Настоящие проблемы: - сильные боли, связанные с регулярной и слишком активной родовой деятельностью; Потенциальные проблемы: - риск отслойки плаценты при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения, риск разрыва шейки.</p>
ПК 4.3	<p>К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности отно-</p>	<p>а) Преэклампсия б) Хронический гепатит в) Анемия легкой степени</p>

	сятся	
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся все, кроме	а) Преэклампсия умеренная б) Острый жировой гепатоз в) Острая гипоксия плода
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся	а) ДВС синдром б) Сахарный диабет, без кетоацидоза в) Средняя форма эпилепсии
ПК 4.3	К основным состояниям требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам во время беременности относятся	а) Преэклампсия умеренная б) Сахарный диабет, без кетоацидоза в) Сепсис во время беременности
ПК 4.3	<p>Акушерка ФАПа вызвана на домашние роды к повторнобеременной Г., 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 37 недель, начались 1, 5 часа назад. Через 10 минут родился ребенок мужского пола весом 2700 г, 48 см без признаков асфиксии.</p> <p>Объективно: в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 120/80 мм. рт.ст., пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Кровопотеря 100 мл.</p> <p>Эталон ответа:</p> <p>1. Проблемой женщины в данной ситуации является риск развития кровопотери, превышающий физиологическую. Роды произошли дома, так как они начались раньше времени и протекали стремительно. Проблемой являются роды дома: при тяжелых осложнениях в домашних условиях невозможно гарантировать безопасность матери и ребенка.</p> <p>2. Состояние женщины оценивается, как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения. Диагноз: роды 4-ые в домашних условиях, стремительные, в сроке 37 недель</p>	а) верно все б) верна только тактика в) верны только проблемы

	<p>беременности, III период родов. Из условий задачи следует, что женщина повторнобеременная, что у нее произошли 4-ые роды в сроке 37 недель беременности. Состояние матки (плотное, шаровидной формы, дно ее на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов.</p> <p>3. Тактика акушерки состоит в своевременном определении признаков отделения последа, выведении последа и предупреждении развития осложнений (кровопотери, задержки последа или его частей в полости матки).</p>	
ПК 4.4	Признаки хориамнионита включают	<p>а) Тахикардия плода более 160 уд в минуту</p> <p>б) Выделения из влагалища без запаха</p> <p>в) Температура у матери 37 0С</p>
ПК 4.4	Признаки хориамнионита включают	<p>а) Тахикардия плода менее 160 уд в минуту</p> <p>б) Выделения из влагалища без запаха</p> <p>в) Тахикардия матери более 100 уд в минуту</p>
ПК 4.4	<p>В родильное отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 30 лет., беременность в сроке 36-37 недель. Голова не болит, зрение ясное, болей в эпигастральной области нет.</p> <p>Анамнез: из соматических заболеваний – хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Гинекологически здорова. С 30 недель у беременной отмечается патологическая прибавка веса, за это время прибавила 6 кг. 2 недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт.ст. Принимала таблетки валерьяны и папазола.</p> <p>Объективно: пульс 80 уд. в мин, ритмичный. АД-170/100, 170/110 мм рт.ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Срочно определен белок в анализе мочи - 2,32 г/л, в моче единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.</p>	<p>а) верно все</p> <p>б) верен только диагноз</p> <p>в) верны только проблемы</p>

	<p>Эталон ответа: Беременность 36/37 недель. Нефропатия III степени, что подтверждается типичной триадой симптомов выраженной степени. Настоящая проблема – наличие тяжелого гестоза, потенциальная – переход гестоза в более тяжелую стадию с осложнениями (перечислить), рождение недоношенного ребенка. Для профилактики осложнений необходимо под контролем акушера и анестезиолога проводить наблюдение и подготовку к досрочному родоразрешению в условиях ПИТ родильного отделения.</p>	
ПК 4.5	Показаниями для проведения профилактики рдс являются	<ul style="list-style-type: none"> а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели в) Поздние преждевременные роды
ПК 4.5	Наиболее точный маркер преждевременных родов	<ul style="list-style-type: none"> а) Длина шейки матки менее 3 см (по данным гинекологического исследования) б) Выявление фибронектина в шейечно-влагалищном секрете в) Определение фосфорилированного протеина 1 в шейечном секрете
ПК 4.5	Показаниями для проведения профилактики рдс являются	<ul style="list-style-type: none"> а) Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 34 недели и более б) Клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели в) Поздние преждевременные роды
ПК 4.5	<p>Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с по-дозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности.</p> <p>Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать</p>	<ul style="list-style-type: none"> а) Жалобы возникли в связи с нормально протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. Женщина плохо информирована о физиологии беременности и системе наблюдения, нужно дать соответствующую краткую информацию. б) Жалобы возникли в связи с патологически протекающей беременностью. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её. в) Жалобы возникли в низком образовании. Необходимо объяснить это женщине и успокоить её.

	направления на анализы. Задания •Выделить проблемыбеременной, помочь в их решении.	
ПК 4.5	<p>1 марта 2000 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая 1999 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам.</p> <p>Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД – 120/70 – 120/75 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков на голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см. Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 – 5 мин по 30 – 35 сек хорошей силы, болезненные.</p> <p>Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достижим.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявить проблемы женщины. 2. Оценить состояние женщины. 3. Определить диагноз и обосновать его. 	<ul style="list-style-type: none"> •

<p>ПК 4.5</p>	<p>В родильное отделение районной больницы доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы.</p> <p>В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений.</p> <p>АД 120/80, мм рт.ст., пульс - 80 уд. в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки ballotирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное ритмичное слева выше пупка 142 уд. в минуту. Окружность 96 см, высота стояния дна матки 35 см.</p> <p>Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела влагалищное исследование и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.</p> <p>Ответ:</p> <p>1. Диагноз: роды 3, в затылочном предлежании, I период.</p> <p>Отягощенный акушерский анамнез. Роды в тазовом предлежании сопровождаются факторами риска для матери и плода (выпадение пуповины и мелких частей, гипоксия и травмы плода в связи с затруднением выведения ручек и другие). Роды сопровождаются выполнением различных оперативных пособий. Требуется врачебная помощь.</p> <p>Женщина не внимательно наблюдалась акушеркой ФАПа, не осмотрена врачом, не проводилось УЗИ, поэтому своевременно не выявлено тазовое предлежание, не назначена кор-</p>	<p>а) верно все б) верен только диагноз в) верна только тактика</p>
---------------	--	---

	<p>рекция, досрочная госпитализация.</p> <p>2. Тактика акушерки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вызвать дежурного акушера-гинеколога; успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов; • учитывая высокий риск осложненный как для матери, так и для плода, необходимо уложить роженицу на правый бок и не разрешать вставать для профилактики раннего излития вод и выпадения мелких частей плода. Следить за динамикой родовой деятельности и сердцебиением плода; • в случае отсутствия врача оказать пособие по Цовьянову 1; • приготовить спазмолитики, сокращающие средства, одноразовую систему, физиологический раствор, препараты для профилактики гипоксии плода. 	
ПК 4.5	<p>В родильном отделении ЦРБ акушерка ведет роды первородящей, 20 лет, с доношенной беременностью. Женщина в родах 6 часов. Воды не отходили. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Объективно: женщина правильного телосложения. АД - 120/80; 110/70 мм рт.ст.; PS - 78 в мин. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ - 96 см, ВДМ - 35 см. Размеры таза - 26-29-32-18 см. И.С. - 15 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 удара в мин. Схватки через 4-5 мин., по 30-35 сек., хорошей силы, болезненные, роженица ведет себя беспокойно.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, умеренно растяжимые, открытие 4-5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим. Диагональная конъюгата 11 см.</p>	<p>а) Настоящие проблемы: болезненные схватки; беспокойство за исход родов. У женщины – узкий таз. Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • риск развития аномалии сократительной деятельности матки; • риск развития гипоксии плода; • риск клинического несоответствия; <p>Состояние женщины удовлетворительное.</p> <p>Диагноз: I период первых срочных родов в головном предлежании. Активная фаза. Простой плоский таз I степени сужения. Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первые роды. У нее регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствует I периоду родов. Предполагаемый вес плода высчитывается по формуле Жордания, ребенок некрупный, истинная конъюгата рассчитывается на основании диагональной и наружной.</p> <p>б) Настоящие проблемы: узкий таз. Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • риск развития аномалии сократительной деятельности матки; <p>2. Состояние женщины удовлетворительное.</p> <p>Диагноз: I период первых срочных родов</p>

	<p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявить проблемы роженицы. 2. Оценить состояние роженицы. <p>Сформулировать диагноз и обосновать его.</p>	<p>в головном предлежании. Активная фаза. Простой плоский таз 1 степени сужения. Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первые роды. У нее регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствует I периоду родов. Предполагаемый вес плода высчитывается по формуле Жордания, ребенок некрупный, истинная конъюгата рассчитывается на основании диагональной и наружной.</p> <p>в) Настоящие проблемы: болезненные схватки; беспокойство за исход родов. У женщины – узкий таз.</p> <p>Потенциальные проблемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • риск развития аномалии сократительной деятельности матки; • риск развития гипоксии плода; • риск клинического несоответствия; <p>2. Состояние женщины удовлетворительное.</p> <p>Диагноз: I период первых срочных родов в головном предлежании. Активная фаза. Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первые роды. У нее регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствует I периоду родов.</p>
ПК 4.5	<p>Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.</p> <p>Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД - 120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в</p>	<p>а) Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными. Очевидно и в женской консультации недостаточно оценили факторы риска и не подготовили женщину к родам в условиях дородового отделения.</p> <p>Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства). Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.</p>

	<p>минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена.</p> <p>В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявить проблемы родильницы, их причины. 2. Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его. 3. Тактика акушерки в данной ситуации. 4. Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения. 	<p>Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности и т.д.</p> <p>Рассказать о разрывах шейки и промежности, причинах, акушерской тактике, профилактике.</p> <p>б) Разрывы шейки и промежности связаны с рождением довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики.</p> <p>Роды протекали в быстром темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более активные средства). Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.</p> <p>Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности и т.д.</p> <p>Рассказать о разрывах шейки и промежности, причинах, акушерской тактике, профилактике.</p> <p>в) рождение довольно крупного плода у женщины с узким тазом, ригидной шейкой. Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики. Роды произошли в момент смены бригады и профилактические мероприятия были недостаточными.</p> <p>Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза, ригидностью шейки, отсутствием необходимых назначений (например глюкоза, кальций, спазмолитики, возможно и более актив-</p>
--	--	---

		<p>ные средства). Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.</p> <p>Учитывая наличие разрывов необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, асситировать во время зашивания, объяснить родильнице как правильно вести себя после зашивания промежности и т.д.</p>
--	--	---

Критерии оценивания тестового контроля.

Тест считается успешно выполненным, если доля правильно решенных заданий составляет не менее 50%. Результат тестового контроля переводится в 5-балльную шкалу оценок по схеме:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Пример билета для комплексного дифференцированного зачета

БИЛЕТ ДЛЯ СДАЧИ КОМПЛЕКСНОГО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА № 1 (УП.04.04, ПП.04.01)

Решение тестовых заданий:

Вариант 1

Инструкция: выберите один правильный ответ

1. Ребенок П., родился на сроке гестации 37 недель. Беременность 1. В период беременности у матери – рецидивирующий *herpes labialis*. Обследована серологически. Выявлены Ig G к ВПГ 2 типа в титре 1:800, положительные IgM. При рождении у ребенка отмечается микроцефалия, микрофтальмия. На коже туловища, слизистой ротовой полости – везикулярные высыпания (локализуются группами). При проведении нейросонографии – порэнцефалические кисты, церебральные кальцификаты. Ваш предварительный диагноз?

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Этиотропная терапия.

а) Эталоны ответов

1. Врожденный неонатальный герпес, генерализованная форма. Врожденные пороки развития нервной системы.

2. Этиотропная терапия – ацикловир неарэнтерально 60 мг/кг/сут (энтеральное применение ацикловира неэффективно!).

б) Эталоны ответов

1. Врожденный неонатальный герпес, генерализованная форма. Врожденные пороки развития нервной системы.

2. Этиотропная терапия – арбидол

в) Эталоны ответов

1. гемолитическая болезнь.

2. Этиотропная терапия – ацикловир перорально 60 мг/кг/сут (энтеральное применение ацикловира неэффективно!).

2. У женщины 23 лет при сроке беременности 32 недели выявлено тазовое предлежание плода. Настоящая беременность вторая. 2 года назад было прерывание беременности по социальным показаниям, а также в связи с медицинскими показаниями – миопия высокой степени - 10 Д. Была выполнена операция – малое кесарево сечение. Беременная обратилась к акушерке с просьбой записать её в группу ЛФК для подготовки к родам и для исправления положения плода, как это сделала её подруга.

Задание:

Выделите проблемы беременной.

а) Настоящая проблема: беременная не осознает наличия у неё факторов риска по разрыву матки, показаний к оперативному родоразрешению.

Потенциальная проблема: при её неосмотрительных действиях по методикам, рекомендованным здоровым беременным, у неё могут быть осложнения.

б) Настоящая проблема: тазовое предлежание.

Потенциальная проблема: при её неосмотрительных действиях по методикам, рекомендованным здоровым беременным, у неё могут быть осложнения.

в) Настоящая проблема: беременная не осознает наличия у неё факторов риска по разрыву матки, показаний к оперативному родоразрешению.

Потенциальная проблема: кровотечение.

3. В родильном отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременных. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание, Назначено лечение: ампициллин, фурадонин, отвар толокнянки, триада профессора Николаева, витамин Е.

Беременная отказывается от введения и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.

Задание:

Выделите проблемы беременной.

а) пиелонефрит. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – кровотечение.

б) У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода. Потенциальные проблемы – прерывание беременности, гипоксия плода, распространение инфекции и септические осложнения, отслойка плаценты, в родах – выпадение пуповины. Все это может быть при отказе от лечения.

в) У беременной имеются осложнения беременных, вследствие которых её может беспокоить тяжесть в животе (вследствие многоводия), дизурические явления и боли в пояснице вследствие инфекции мочевыводящих путей. Беременная обеспокоена своим заболеванием, но и не доверяет методам лечения, опасается осложнений, уродств у плода

4. Преждевременные роды это

а) до 28 недель

б) 29-30 недель

в) 31-33 недели

5. Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) RH-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм.рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные (1 период – 6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа). Масса тела при рождении – 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до + 1,5 см.

При дополнительном обследовании:

Билирубин пуповинной крови составил 45 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

Hb периферической крови – 149 г/л.

Вопросы:

1Предположительный диагноз.

2План обследования.

3План лечения.

3. Создание оптимальных условий для ранней неонатальной адаптации ребенка, фототерапия, инфузионная терапия, адсорбенты.

6. При несовместимости крови матери и плода по резус-фактору гемолитическая болезнь новорожденного чаще развивается:

- а) при первой беременности
- б) при повторных беременностях
- в) не имеет значения

7. Желтуха, гепатомегалия, повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз – это признаки:

- а) фетального гепатита
- б) гемолитической болезни
- в) конъюгационной желтухи

8. Ребенок родился от первой беременности в затылочном предлежании. Роды в срок. Вес при рождении – 3500г, рост – 52 см. Оценка по шкале Апгар – 0-3 балла на первой минуте. Общее состояние – тяжелое.

Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне токсикоза первой и второй половины беременности. В родах применялись акушерские щипцы.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое. Дыхание отсутствует. Отмечается тотальный цианоз, общая мышечная гипотония, отсутствие рефлексов новорожденного, большой родничок выбухает, крик отсутствует. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 в минуту, живот мягкий, печень не увеличена. Мочеиспускание свободное. Стул – меконий.

Вопрос

Обосновать предварительный диагноз.

а) Внутрочерепная родовая травма III степени тяжести. Пре- и интранатальная, постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.

- б) Внутрочерепная родовая травма II степени тяжести. Пре- и интранатальная, постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.
- в) Внутрочерепная родовая травма I степени тяжести. Пре- и интранатальная, постгипоксическая и посттравматическая энцефалопатия. Тяжелая первичная асфиксия новорожденного.

9. Акушерка ФАПа вызвана на домашние роды к повторнородящей Г., 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 37 недель, начались 1, 5 часа назад. Через 10 минут родился ребенок мужского пола весом 2700 г, 48 см без признаков асфиксии.

Объективно: в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 120/80 мм. рт.ст., пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Кровопотеря 100 мл.

Эталон ответа:

1. Проблемой женщины в данной ситуации является риск развития кровопотери, превышающий физиологическую. Роды произошли дома, так как они начались раньше времени и протекали стремительно. Проблемой являются роды дома: при тяжелых осложнениях в домашних условиях невозможно гарантировать безопасность матери и ребенка.

2. Состояние женщины оценивается, как удовлетворительное, что подтверждается отсутствием жалоб, цветом кожных покровов, нормальным АД и пульсом, отсутствием признаков наружного кровотечения. Диагноз: роды 4-ые в домашних условиях, стремительные, в сроке 37 недель беременности, III период родов. Из условий задачи следует, что женщина повторнородящая, что у нее произошли 4-ые роды в сроке 37 недель беременности. Состояние матки (плотное, шаровидной формы, дно ее на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов.

3. Тактика акушерки состоит в своевременном определении признаков отделения последа, выведении последа и предупреждении развития осложнений (кровопотери, задержки последа или его частей в полости матки).

- а) верно все
- б) верна только тактика
- в) верны только проблемы

10. В родильное отделение районной больницы доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы.

В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений.

АД 120/80, мм рт.ст., пульс - 80 уд. в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки баллотирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное ритмичное слева выше пупка 142 уд. в минуту. Окружность 96 см, высота стояния дна матки 35 см.

Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела влагалищное исследование и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.

Ответ:

Диагноз: роды 3, в затылочном предлежании, I период.

Отягощенный акушерский анамнез.

Роды в тазовом предлежании сопровождаются факторами риска для матери и плода (выпадение пуповины и мелких частей, гипоксия и травмы плода в связи с затруднением выведения ручек и другие). Роды сопровождаются выполнением различных оперативных пособий. Требуется врачебная помощь.

Женщина не внимательно наблюдалась акушеркой ФАПа, не осмотрена врачом, не проводилось УЗИ, поэтому своевременно не выявлено тазовое предлежание, не назначена коррекция, досрочная госпитализация.

Тактика акушерки:

- вызвать дежурного акушера-гинеколога; успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов;
- учитывая высокий риск осложнений как для матери, так и для плода, необходимо уложить роженицу на правый бок и не разрешать вставать для профилактики раннего излития вод и выпадения мелких частей плода. Следить за динамикой родовой деятельности и сердцебиением плода;
- в случае отсутствия врача оказать пособие по Цовьянову 1;
- приготовить спазмолитики, сокращающие средства, одноразовую систему, физиологический раствор, препараты для профилактики гипоксии плода.

- а) верно все
- б) верен только диагноз
- в) верна только тактика

Билет формируется путем случайного выбора 10 тестовых вопросов.

Критерии оценивания тестового контроля.

Тест считается успешно выполненным, если доля правильно решенных заданий составляет не менее 50%. Результат тестового контроля переводится в 5-балльную шкалу оценок по схеме:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

2.3. Фонд оценочных средств к экзамену по ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

Фонд оценочных средств к экзамену по ПМ.04 включает оценку знаний и практических умений по МДК.04.01 Патологическое акушерство, МДК.04.02 Сестринский уход за больным новорожденным, УП.04.01 Учебная практика. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода, ПП.04.01 Производственная практика (по профилю специальности). Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

Перечень тем для подготовки к экзамену

МДК.04.01. Патологическое акушерство

Раздел 1. Патологическое акушерство

1. Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положениях плода. Роды при многоплодии
2. Родовой травматизм матери
3. Кровотечения в I половине беременности не связанные с патологией плодного яйца
4. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Кровотечение в III периоде родов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах
6. Формы первого этапа послеродовой инфекции
7. Формы второго этапа послеродовой инфекции
8. Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая инфекция
9. Послеродовой лактационный мастит
10. Акушерские операции во время беременности
11. Операции по исправлению положения плода в родах
12. Операции, подготавливающие родовые пути
13. Разрыв шейки матки. Разрывы влагалища
14. Разрывы промежности. Разрывы наружных половых органов
15. Ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование матки
16. Плодоразрушающие операции
17. Акушерские щипцы

Раздел 2. Неотложные состояния в акушерстве

1. Вакуум-экстракция плода
2. Экстракция плода за тазовый конец
3. Кесарево сечение
4. Роды вне лечебного учреждения
5. Преэклампсия. Эклампсия. HELLP –синдром
6. Акушерские кровотечения
7. Геморрагический шок в акушерстве

МДК 04.02 Сестринский уход за больным новорожденным

1. Недоношенные дети. Осуществление ухода за недоношенным новорожденным
2. Оценка состояния новорожденного. Реанимационная помощь новорожденному в родильном зале

3. Осуществление ухода за новорождённым при родовых травмах
4. Желтухи новорождённых. Гемолитическая болезнь новорожденного.
5. Организация ухода при гемолитической болезни новорождённых
6. Болезни кожи. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Заболевание пуповинного остатка и пупочной ранки. Сепсис новорождённых
7. Внутриутробные вирусные и бактериальные инфекции: врождённая краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпетическая инфекция
8. Внутриутробные вирусные инфекции: вирусный гепатит В, энтеровирусные инфекции, стрептококковая инфекция, колибактериальная инфекция, листериоз, токсоплазмоз, хламидиоз.

Перечень практических манипуляций

1. Приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда Левицкого).
2. Выслушивание сердцебиения плода.
3. Проведение наружной пельвиметрии и оценка таза.
4. Определениес. veraпос. externaис. diagonalis
5. Биомеханизм родов при переднем виде головного предлежания.
6. Биомеханизм родов при заднем виде головного предлежания.
7. Достижение головки плода наружным приемом (приемом Пискачека).
8. Акушерское пособие в родах.
9. Определение и оценка признаков отделения плаценты.
10. Проведение способов выделения отделившегося последа.
11. Первичная обработка новорожденного.
12. Вторичная обработка новорожденного.
13. Проведение и оценка признака Вастена и Цангемейстера.
14. Послеродовый осмотр шейки матки, влагалища и промежности.
15. Подготовка инструментария, медикаментов, материала и участие в проведении амниотомии.
16. Оценка характера послеродовых выделений.
17. Обработка и снятие швов на промежности.
18. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
19. Контрольное ручное обследование полости матки.
20. Пособие по методу Цовьянова при чисто ягодичном предлежании плода.
21. Биомеханизм родов при различных видах узкого таза
 - биомеханизм родов при плоскорихитическом тазе,
 - биомеханизм родов при простом плоском тазе,
 - биомеханизм родов при поперечносуженном тазе
22. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.

Пример экзаменационного билета

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода.

1. Токсикозы беременных. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
2. Задание на проверку практического опыта.

Текст задания

ЗАДАЧА 1

Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячныхна 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через

28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности. Учитывая отсутствие соматических и гинекологических факторов риска, врач поручил акушерке провести подробный сбор анамнеза, наружный осмотр, заполнить форму 111ф, назначить обследование и выписать направления на анализы.

Задания

- Выделить проблемы беременной, помочь в их решении.
- Перечислить основные этапы сбора анамнеза и общего осмотра при взятии беременной на учет.
- Перечислить методы обследования при взятии на учет.
- Перечислить признаки беременности.
- Выполнить манипуляцию: Наружное акушерское исследование

Оценка практических навыков осуществляется с использованием оценочных листов:

Оценка правильности выполнения в баллах:

2 балла – правильно выполненное действие практического задания

0 баллов – действие не выполнено

Чек-лист медицинского вмешательства «Наружное акушерское исследование»

№ п/п	Действия	Оценка правильности выполнения в баллах	
		2	2
1.	Информировать беременную о необходимости выполнения и сущности манипуляции.		
2.	Беременную уложить на кушетку, покрытую индивидуальной пленкой, ее ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.		
3.	Вымыть руки.		
4.	Стать справа от беременной лицом к ней.		
	Основной этап:		
	С помощью первого приема определяют высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки.		
5.	Для этого ладони обеих рук располагают на уровне дна матки, пальцы рук сближаются, осторожным надавливанием вниз определяется уровень стояния дна матки и часть плода, которая находится у дна матки.		
	С помощью второго приема определяют позицию и вид позиции плода.		
6.	Обе руки со дна матки перемещают книзу, расположив их на боковых поверхностях. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой, чтобы определить, в какую сторону обращена спинка плода и его мелкие части. Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших частей. Если спинка обращена влево – первая позиция, если вправо – вторая позиция.		
	С помощью третьего приема определяют предлежание плода.		
7.	Исследование выполняется следующим образом: правую руку нужно положить немного выше лонного сочленения так, чтобы		

	большой палец находился с одной стороны, а четыре остальных – с другой стороны нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка определяется как плотная, круглая, крупная, баллотирующая часть, а ягодицы как крупная, но мягкая и не баллотирующая часть.		
	С помощью четвертого приема определяют отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз.		
8.	Для этого нужно стать лицом к ногам женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при пальпации концы пальцев касаются симфиза. Вытянутыми пальцами, осторожно проникают вглубь, по направлению к полости таза, и кончиками пальцев определяют предлежащую часть плода и высоту ее стояния. Если головка подвижна над входом в малый таз, то под нее можно подвести пальцы обеих рук. Если пальцы обеих рук расходятся, головка плода находится во входе в малый таз малым сегментом.		
	<i>Заключительный этап:</i>		
9.	Вымыть руки.		
10.	Полученные данные отмечают в индивидуальной карте беременной и родильницы.		
Количество фактически набранных баллов			

Критерии оценки:

14 – 20 баллов (70 – 100%) – задание выполнено

13 баллов и менее (69% и менее) – задание не выполнено

Билет формируется путем случайного выбора 1 теоретического и 1 практического вопросов.

Критерии оценивания экзаменационного билета.

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала ПМ 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 ПМ, 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 по междисциплинарному курсу, 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 междисциплинарного курса, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

Экзаменационные задания на проверку практического опыта.

Текст задания

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови 1(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания

- Выделите проблемы беременной, их причины.
- План по контролю над создавшимися проблемами.
- Составьте алгоритм обследования беременной на рыводомприеме в 1-й половине беременности.
- Рассказать о резус-конфликте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.

Текс задания

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием в ЖК, чувствует себя хорошо, все анализы, за исключением общего анализа крови, в норме. По данным УЗИ, патологических отклонений нет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 ударов в минуту, матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком, выделения слизистые скудные. В анализе крови лейкоцитов 7 тыс., СОЭ 18мм/час, гемоглобин 102 г/л. Беременная не работает, материально хорошо обеспечена, бытовые условия хорошие. Категорически против стационарного наблюдения до родов.

Задания

- Выделить проблемы беременной, наметить пути решения проблем.
- Дать рекомендации для данной беременной.
- Рассказать о причинах анемии беременных, методах диагностики, профилактики и лечения.
- Перечислить возможные лекарственные назначения в связи с данным случаем и выписать рецепты.

Текс задания

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тонусе, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. Ф = 18 см, окружность 90. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

Задания

- Выделить проблемы беременной и пути их решения.
- Оценка акушерского статуса на день осмотра и тактика акушерки.
- Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
- Провести беседу о необходимости проведения УЗИ.

Текс задания

К акушерке ФАПа 5 мая обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, нарушение аппетита, сна, повышение температуры до 37, 5° С. Соматически здорова. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта.

Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 9 недель, беременность протекала аналогичным образом.

Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД - 100/60; 90/50 мм рт.ст., PS - 96 в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски.

Шейка матки и слизистая влагалища цианотична. Влагалище нерожавшей. Шейка сформирована. Матка соответствует 7 – 8 неделям беременности. Выделения скудные, слизистые.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки.
- Рассказать о причинах данной патологии, методах диагностики, лечения, профилактики

Текст задания

К акушерке ФАПа обратилась беременная пациентка 22 лет. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Замужем. Беременность желанная. Пациентка очень волнуется за течение беременности и родов, так как она считает, что у нее очень узкий таз.

Объективно: правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД - 110/70, 120/80 мм рт.ст., пульс 74 ударов ритмичный, удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Рост - 152 см, масса тела - 50 кг, Наружные размеры таза: 23, 26, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки коническая, зев закрыт. Матка кпереди, подвижная, безболезненная, мягковатой консистенции, увеличена до 7 недель беременности. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации. Мыс достижим, диагональная конъюгата равна 11 см.

Задания

- Выявить проблемы пациентки, оценить состояние, помочь в решении проблем.
- Поставить диагноз и обосновать его.
- Рассказать об анатомически узких тазах, причинах формирования и методах профилактики.
- Рассказать об особенностях течения и ведения родов.
- Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данной форме таза.

Текст задания

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками, начавшиеся 1 час назад. Замужем. Задержка менструации на 1,5 месяца, считает себя беременной, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. В анамнезе - 1 роды (без осложнений), искусственный аборт 5 месяцев назад.

Объективно: кожные покровы бледноватые, влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки синюшная, зев пропускает свободно 1 палец. Матка наклонена кпереди, мягковатой консистенции, слегка болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

Задания

- Оценить состояние пациентки. О какой патологии идет речь, на чем основано Ваше предложение, причины осложнения.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о клиническом течении и лечении данной патологии.
- Рассказать о реабилитации женщины.

Текст задания

Первобеременная А., 20 лет, явилась на прием в женскую консультацию на сроке беременности 34 недели. Отмечает чувство тяжести в нижних конечностях. Первая половина беременности протекала с явлениями гестоза легкой степени. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=165 см, вес=75 кг, прибавка веса за 10 дней составляет 1 200 г. АД=120/80 и 120/75 мм рт.ст. PS=72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плодоясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин, слева ниже пупка. ВДМ=32 см, ОЖ=88 см. Отмечаются отеки тыльных поверхностей стоп, голеней. В анализе мочи белок не обнаружен.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.

- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о классификации гестозов второй половины беременности, о клинике преэклампсии легкой степени, особенностях ухода и лечения.

Текст задания

В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела.

Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела.

Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Брак 1-й.

Объективно: рост = 168 см; вес = 80 кг, за неделю прибавка массы тела составила 700 г. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд.в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины, поставить диагноз и его обоснование.
- Тактика акушерки по наблюдению и осуществлению ухода в отделении патологии беременности.
- Рассказать о методах лечения данной патологии. Привести примеры рецептов.

Текст задания

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели.

Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделю назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта.

Объективно: рост=165см, вес=75кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД=110/70, 110/75 мм рт.ст., PS=80 уд.в мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ= 90смВДМ=36см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд.в 1 мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Поставить диагноз и обосновать его, оценить состояние женщины.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о причинах данной патологии.

Текст задания

Акушеркой ФАПа вызвана на прием беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в род.дом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность I, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели.

Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд.в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в

малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задания

- Выявить проблемы женщины и их причины.
- Оценить состояние женщины. Поставить диагноз и дать его обоснование.
- Тактика акушерки.
- Рассказать о причинах перенашивания, методах диагностики, профилактики, осложнениях.

Текс задания

На очередной прием в женскую консультацию пришла беременная 25 лет. Жалоб не предъявляет, шевеление плода ощущает. Масса тела 76 кг (+500,0 за 10 дней), АД - 120/80, 110/70 мм рт.ст. Отеков нет. Беременность первая, желанная. Муж здоров. Менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Наследственность благоприятная. Аллергии не было.

При наружном акушерском исследовании установлено: окружность живота 85 см, ВДМ - 30 см. В дне матки прощупывается широкая крупная часть плода, над входом в малый таз - баллотирующая, округлой формы крупная часть, справа по ребру матки - широкая плоская часть плода, а слева - мелкие части. Отчетливо прослушивается сердцебиение плода справа ниже пупка - 138 ударов в минуту.

При предыдущей явке 10 дней назад срок беременности был 28-29 недель. Пациентку интересует - когда ей будет предоставлен родовый отпуск? Учитывая нормальное течение беременности, хочет до родов уехать к матери в деревню.

Задания

- Оценить состояние пациентки. Выявить проблемы.
- Определить срок беременности.
- Тактика акушерки.
- Рассказать о необходимости диспансеризации беременной и подготовке её к родам. Задачи женской консультации по охране здоровья матери и плода, роль акушерки в обслуживании беременной.

Текс задания

К акушерке ФАПа на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37-38 недель. Первые роды были 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений, но беременная волнуется, как расположен плод в матке.

Размеры таза: 26, 29, 33, 21. АД - 120/80, 110/75 мм рт.ст. Прибавка массы тела за 10 дней (+500,0 г), отеков нет. Тонус матки обычный, над входом в малый таз пальпируется широкая мягкая часть плода, а в дне матки - округлая баллотирующая крупная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд. в мин. Окружность живота 90 см, ВДМ - 32 см.

Задания

- Выявить проблемы пациентки.
- Поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Отметить ошибки по ведению данной беременной.

Текс задания

Вечером акушерка отделения патологии беременности вызвана в палату к повторноробеременной женщине 30 лет, которая поступила накануне днем плановом порядке с подозрением на предлежание плаценты в сроке 30 недель. Женщина жалуется на появление темных мажущих выделений из влагалища. Дежурный врач занят в операционной и может освободиться не раньше чем через час, операционная также занята, он поручил акушерке разобраться в ситуации и оказать неотложную помощь.

Задания

- Выделить проблемы пациентки и помочь в их решении.
- Оценить состояние женщины. Что для этого нужно сделать.
- Акушерская тактика в случае удовлетворительного состояния женщины.
- Рассказать о возможных осложнениях и мерах профилактики.

Текст задания

К акушерке ЖК 12 октября на очередную явку пришла первобеременная 24 лет. Жалобы на периодические запоры. Беременная интересуется, когда ей выдадут дородовой декретный отпуск и когда у нее срок родов. Менструальная функция не нарушена. Последние месячные с 29 марта по 2 апреля. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Муж здоров. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода 14 августа.

Объективно: женщина правильного телосложения. Прибавка массы за 2 недели 650 грамм. АД - 110/70; 115/70 мм рт. ст.; PS - 72 уд.в мин. Размеры таза 25-28-31-20 см И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 88 см, ВДМ - 28 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд.в мин., слева ниже пупка.

Задания

- Выявить проблемы беременной, причины их, наметить план действий по решению проблем.
- Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о физиологических изменениях в организме женщины во время беременности.

Текст задания

В отделение патологии родильного дома 14 ноября поступила первобеременная С., 20 лет, по направлению ЖК с диагнозом: анемия беременных. Последняя менструация 4 апреля. Первое шевеление плода 22 августа. Беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине беременности в сроке 24 недели находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом: анемия беременной. Проводилось лечение, выписана с улучшением. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Женщина обеспокоена состоянием плода. Проживает в промышленном районе.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 100/70, 100/60 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Нв - 90 г/л. ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см, И.С. - 14 см. Размеры таза 25-27-30-20. Положение плода продольное, II позиция, передний вид, головное предлежание. Головка над входом в малый таз баллотирует. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту приглушено, слева ниже пупка. Матка в нормотонусе.

Задания

- Выявить проблемы беременной.
- Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о методах антенатальной охраны плода.

Текст задания

В дородовом отделении наблюдается беременная, получающая лечение и обследование по поводу беременности сроком 32 недели. Пиелонефрит беременной. Выраженное многоводие. Беспокоит тяжесть в животе, боли в пояснице, учащенное мочеиспускание. Назначено лечение: ампициллин, фурадонин, отвар толокнянки, витамин Е.

Беременная отказывается от введения и приема лекарственных средств, опасается осложнения для плода (возникновения уродства и т.п.). Отказывается от обследования (исследование мочи, исследование на выявление ИППП, УЗИ). Считает, что это может явиться причиной новых лекарственных назначений и повредить ребенку.

Задания

- Выделите проблемы беременной.

- Постарайтесь решить проблемы, а также выполнить назначения врача.
- Расскажите об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями почек.
- Перечислите методы, которыми можно проконтролировать лечение многоводия.

Текс задания

В родовое отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 38 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес - 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд.в мин., ритмичный. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза - 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя спокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений. Настаивает на медикаментозном обезболивании.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные.

Задания

- Выявить проблемы женщины и их причины.
- Оценить состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о методах обезбоживания родов.

Текс задания

Повторнобеременная К., 23 года, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд.в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное. Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины, характер родовой деятельности, сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о характеристике схваток, методах оценки и контроля родовой деятельности.

Текс задания

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Анамнез не отягощен. Менструальная функция без особенностей. Беременность 4-ая. Были срочные роды, вес ребенка 3900 г, два медаборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 36,6° С, пульс 68 в мин, ритмичный. АД-120/70, 115/70 мм рт.ст., рост 168 см, вес 78 кг, на коже живота рубцы бере-

менности. окружность живота 105 см, высота дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода - отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 в мин, ритмичное. Схватки через 4-5 минут, по 35-40 секунд, средней силы, болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка сглажена, открытие 6-7 см, края тонкие. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади - лобик и надбровные дуги. Мыс не достигается.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины.
- Определить диагноз и обосновать его.
- Рассказать об особенностях родов при разгибательных предлежаниях.

Текст задания

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родовое отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова. Менstrуальные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности.

Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд.в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные.

Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины, сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о причинах, методах диагностики, профилактики и лечения данной патологии.

Текст задания

В отделении патологии беременности поступила первобеременная А., 30 лет, беременность в сроке 36-37 недель по направлению врача ЖК.

Анамнез: из соматических заболеваний – хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Гинекологически здорова. С 30 недель у беременной отмечается патологическая прибавка веса, за это время прибавила 6 кг. 2 недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт.ст. Принимала таблетки валерьяны и папазола.

Объективно: пульс 80 уд.в мин, ритмичный. АД-170/100, 170/110 мм рт.ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Срочно определен белок в анализе мочи - 2,32 г/л, в моче единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

Задания

- Диагноз данной патологии и его обоснование.
- Выделить главные проблемы и пути их решения. Выделить потенциальные проблемы
- Замечания по ведению беременной в ЖК, какой должна быть тактика.
- Акушерская тактика, обязанности акушерки по наблюдению за этой беременной.

Текст задания

В родовое отделение районной больницы поступила первобеременная К., 20 лет, с регулярной родовой деятельностью. Роды начались в срок 10 часов назад. Воды не отходили. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак 1-й. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 168 см, вес 80 кг. Со стороны внутренних органов без патологии. PS-78 ударов в 1 мин., ритмичный. АД-115/75, 120/80 мм рт.ст. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ=98 см, ВДМ=34 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в 1 мин., ритмичное. Схватки через 4-5 мин., по 35-40 сек., средней силы. Отеков нет. Мочится самостоятельно.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка сглажена, открытиезева на 8 см, края тонкие, легко растяжимы. Плодный пузырь цел, вскрыт во время исследования. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди. Мыс не достижим. Костных экзостозов в маломтазу нет.

Задания

- Выявить проблемы женщины.
- Оценить состояние женщины, поставить диагноз, его обоснование.
- Тактика акушерки.
- Рассказать об особенностях ухода и наблюдения за роженицей в 1 периоде родов.

Текс задания

Первобеременная роженица 19 лет находится под наблюдением акушерки в предродовой палате. Родовая деятельность началась 6 часов назад. Воды не излились. Схватки в динамике через 3-4 минуты по 40 – 45 секунд умеренной силы, но роженица вдруг стала вести себя беспокойно, жаловаться на болезненность схваток, кричать, просить о помощи. Занятия по психо-профилактической подготовке к родам во время беременности не посещала. Женщина сожалеет, что с ней сейчас нет родственников.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, АД 120/80, 110/70 мм рт.ст. Пульс 74 уд.в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. ОЖ - 95, ВСДМ – 35 см. Таз 25-28-31-21.

Роженица во время схватки кричит, прерывисто дышит. Матка между схватками расслабляется, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 удара в минуту, слева ниже пупка.

Положение плода продольное, предлежит головка плода, малым сегментом во входе в малый таз.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка сглажена, края ее тонкие, раскрытие 7 см, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, плодный пузырь цел.

Задания

- Выявить проблемы роженицы.
- Оценить состояние. Поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать об операциях, подготавливающих родовые пути.

Текс задания

В родовое отделение доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы.

В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений.

АД 120/80, мм рт.ст., пульс - 80 уд.в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: надвходом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки баллотирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное, ритмичное, слева выше пупка 142 уд.в минуту. Окружность живота - 96 см, высота стояния дна матки - 35 см.

Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела влагалищное исследование и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.

Задания

- Сформулировать диагноз. Выделить основные проблемы и их причины.
 - Тактика акушерки в данной ситуации.
 - Рассказать о методах коррекции тазовых предлежаний.
 - Рассказать о течении и ведении родов, особенностях биомеханизма родов при тазовом предлежании.
4. Рассказать о течении и ведении родов, особенностях биомеханизма.

Текс задания

Дежурная акушерка в ЦРБ приняла роды у повторнородящей, 28 лет, живым доношенным мальчиком. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки и оболочки целы. При осмотре родовых путей акушерка обнаружила разрыв тканей промежности (повреждена задняя спайка, кожа промежности, мышцы и слизистая влагалища). Из раны промежности - небольшое кровотечение. Общая кровопотеря в родах составила - 250,0 мл. Из дополнительного сбора анамнеза выяснено, что женщина страдает повышенной кровоточивостью после порезов, обильными месячными.

Задания

- Выявить проблемы пациентки.
- Оценить состояние, поставить диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки.
- Рассказать о строении тазового дна.

Текс задания

Беременная, 25 лет, пришла к акушерке ж/к на очередную явку 3 октября. Предъявляет жалобы на периодические ноющие боли внизу живота.

Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились через 8 месяцев, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные 6-10 января. Беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами пять лет назад. Масса плода 3 кг 800 граммов. Вторая беременность 3 года назад – мини-аборт без осложнений. Данная беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода - 18 мая.

Объективно: женщина правильного телосложения. АД - 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. PS - 76 в мин. Размеры таза 26-29-31-20 см, И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 102 см, ВДМ - 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Схватки через 15 минут по 10-15 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту - ясное, ритмичное, ниже пупка слева.

Шейка 2 см длиной, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, плодный пузырь цел, предлежит головка.

Задания

- Выявить проблемы беременной.
- Оценить состояние беременной. Сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать об особенностях течения и ведения прелиминарного периода.

Текс задания

В родовом отделении акушерка ведет первый период родов у первородящей, 20 лет, с доношенной беременностью. Женщина в родах 6 часов. Воды не отходили. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: женщина правильного телосложения. АД - 120/80; 110/70 мм рт.ст.; PS - 78 в мин. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ - 96 см, ВДМ - 35 см. Размеры таза - 26-29-32-18 см. И.С. - 15 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 удара в мин. Схватки через 4-5 мин., по 30-35 сек., хорошей силы, болезненные, роженица ведет себя беспокойно.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, умеренно растяжимые, открытие 4-5 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим. Диагональная конъюгата 11 см.

Задания

- Выявить проблемы роженицы.
- Оценить состояние роженицы. Сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать об особенностях течения родов при данной форме таза.

Текст задания

К., 25 лет, доставлена 12 ноября в 10 часов в родильный дом в связи с подтеканием околоплодных вод. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 12 марта. Настоящая беременность третья. Первая закончилась срочными родами без осложнений, масса ребенка 3200 г. Вторая прервана в 10 недель искусственным абортom, осложнившимся задержкой в матке остатков плодного яйца, повторным выскабливанием полости матки и развитием эндометрита. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой самопроизвольного выкидыша при сроке 8-9 недель. В течение последних 2 недель беременная стала ощущать нерегулярные боли внизу живота и напряжение матки. 12 ноября в 5 часов утра стали подтекать светлые околоплодные воды, в связи с чем беременная доставлена в роддом.

Объективно: масса тела 78 кг, рост 165 см, отеков нет. АД - 120/80, 120/70 мм рт.ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ОЖ - 90 см, ВДМ - 33 см. Матка в тонусе, регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное, 140 в минуту. Размеры таза: 25-29-32-20 см.

Влагалищное исследование: влагалище емкое. Шейка матки по оси таза, длиной 2,5 см, плотноватой консистенции, цервикальный канал плотный, проходим для 1 пальца. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет. Таз емкий, мыс не достигается. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания

- Выявить проблемы роженицы.
- Оценить состояние. Сформулировать диагноз и обосновать его.
- Тактика акушерки в данной ситуации.
- Рассказать о причинах преждевременных родов, особенностях течения и ведения.