

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С.П.Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
/А.В. Шабунин/
« 31 » МАРТА 2021 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной
программы высшего образования – программы подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.01 Акушерство и гинекология**

Блок 3

«Государственная итоговая аттестация»

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Рецензент:

Подзолкова Наталья Михайловна, заведующая кафедры акушерства и гинекологии РМАНПО, д.м.н. профессор.

Содержание

- I. Общие положения
- II. Требования к государственной итоговой аттестации
- III. Государственная итоговая аттестация
- IV. Критерии оценки ответа выпускника
- V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология разработана на основании:

– Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1043 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология»;

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава ГБУЗ ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ;

– локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-акушер-гинеколог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в

ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и соответствия их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;
- принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-акушера-гинеколога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объёме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план программы ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается документ об образовании и о квалификации, подтверждающий получение высшего образования по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной

причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются государственные экзаменационные комиссии, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе - комиссии) действуют в течение календарного года.

ГКБ им. С.П. Боткина самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

ГКБ им. С.П. Боткина утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГКБ им. С.П. Боткина, и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области

профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, – на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами - представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее – специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в состав государственных экзаменационных комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии

ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГКБ им. С.П. Боткина утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний

и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень

подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-акушер-гинеколог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими *универсальными* компетенциями:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными** компетенциями:

профилактическая деятельность:

готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с [Международной статистической классификацией](#) болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);

готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Государственный экзамен по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным оценочным материалам, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология и размещенным на сайте ГБУЗ ГKB Им. С.П.Боткина ДЗМ. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется на базе Учебно-аккредитационного центра – Медицинского симуляционного центра Боткинской больницы.

Примерные тестовые задания, выявляющие результаты освоения выпускником программы ординатуры

1. «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает
 - a. определение β -ХГЧ в моче (крови), УЗИ (визуализация плодного яйца);
 - b. определение плодного яйца в полости матки;
 - c. измерения базальной температуры;
 - d. пальпация частей плода.

2. Биохимический маркер беременности малого срока:
 - a. высокий уровень прогестерона;
 - b. появление β -ХГЧ в крови;
 - c. повышение уровня эстрадиола;
 - d. повышение уровня эстриола.

3. При нахождении головки в плоскости выхода малого таза и наличии экстренных показаний для родоразрешения (острая гипоксия плода или состояние роженицы) показано родоразрешение:
 - a. возможно использование и акушерских щипцов, и вакуум-экстрактора;
 - b. путем наложения выходных акушерских щипцов;
 - c. путем вакуум-экстракции плода;
 - d. кесарево сечение в экстренном порядке.

4. Допустимая продолжительность успешной вакуум-экстракции плода не должна превышать:

- a. 20 минут;
 - b. 10 минут;
 - c. 30 минут;
 - d. 1 часа.
5. Частота анафилаксии у беременных составляет:
- a. 3-10 случаев на 100 тыс. родов;
 - b. В. 3-10%;
 - c. С. 25 случаев на 100 тыс. родов;
 - d. D. до 25%.
6. Профилактикой интранатальной гибели плода является при анафилаксии у беременной (роженицы) является:
- a. кесарево сечение;
 - b. инфузионная терапия;
 - c. терапия, направленная на устранение бронхоспазма;
 - d. лечение анафилаксии и немедленное родоразрешение.
7. Что следует сделать в первом периоде родов при частичном предлежании плаценты и наличии кровотечения?
- a. амниотомию;
 - b. томпонада влагалища;
 - c. катетеризация периферической вены;
 - d. кесарево сечение в экстренном порядке.
8. Тактика врача при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в первом периоде родов:
- a. амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора;
 - b. амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов;
 - c. кесарево сечение в экстренном порядке;
 - d. амниотомия и начать родоактивацию окситоцином.
9. Тактика врача при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности:
- a. кесарево сечение в экстренном порядке;
 - b. амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора;
 - c. амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов;
 - d. амниотомия и начать родоактивацию окситоцином.

10. Наиболее частой причиной смертности недоношенных новорожденных является

- a. геморрагическая болезнь новорожденных;
- b. гемолитическая болезнь новорожденных;
- c. внутрижелудочковые кровоизлияния;
- d. респираторный дистресс-синдром.

11. Брыжейка маточной трубы состоит из:

- a. переднего и заднего листков широкой связки матки;
- b. части собственной связки яичника;
- c. круглой связки матки;
- d. круглой и широкой связок матки.

12. Границами плоскости входа в малый таз являются:

- a. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
- b. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
- c. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, мыс;
- d. верхний внутренний край лона, середина вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.

13. Границами широкой части полости малого таза являются:

- a. середина внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей пластинок вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков;
- b. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
- c. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
- d. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.

14. Границами узкой части полости малого таза являются:

- a. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
- b. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
- c. середина внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей пластинок вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков;
- d. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии,

сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.

15. Границами плоскости выхода малого таза являются:

- a. нижний край симфиза, седалищные бугры и верхушка копчика;
- b. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
- c. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
- d. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.

16. Через середину верхнего внутреннего края лона и мыс проходит:

- a. прямой размер плоскости входа в малый таз – истинная конъюгата;
- b. прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;
- c. прямой размер узкой части полости малого таза;
- d. диагональная конъюгата.

17. Через середину внутренней поверхности лонного сочленения и сочленение 2 и 3 крестцовых позвонков проходит:

- a. прямой размер плоскости входа в малый таз – истинная конъюгата;
- b. прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;
- c. прямой размер узкой части полости малого таза;
- d. прямой размер плоскости выхода малого таза.

18. Через седалищные бугры проходит:

- a. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
- b. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
- c. поперечный размер плоскости выхода из малого таза;
- d. прямой размер плоскости выхода из малого таза.

19. Через ости седалищных костей проходит:

- a. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
- b. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
- c. поперечный размер плоскости выхода из малого таза;
- d. прямой размер плоскости выхода из малого таза.

20. Средний слой мышц тазового дна образует мышца:

- a. Sphincter Ani Externus;
- b. Transversus Perinei Superficialis;
- c. Transversus Perinei profundus;

d. Ischiocavernosus.

21. Внутренний слой мышц тазового дна образует:

- a. m. Piriformis;
- b. m. Levator ani;
- c. m. Transversus Perinei profundus;
- d. m. Sphincter Ani Externus.

22. Вставление головки – это:

- a. отношение малого родничка по отношению к большому;
- b. отношение стреловидного шва к проводной оси таза;
- c. часть головки, которая находится ниже плоскости входа в малый таз;
- d. большой сегмент головки.

23. Диаметром большого сегмента головки при заднем виде затылочного предлежания является:

- a. малый косой размер;
- b. средний косой размер;
- c. вертикальный размер;
- d. прямой размер головки.

24. Диаметром большого сегмента головки при переднеголовном предлежания является:

- a. прямой размер;
- b. малый косой размер;
- c. вертикальный размер;
- d. средний косой размер.

25. Диаметром большого сегмента головки при лобном предлежании является:

- a. средний косой размер;
- b. размер чуть меньший большого косого размера;
- c. большой поперечный размер;
- d. прямой размер.

26. Диаметром большого сегмента головки при лицевом предлежании является:

- a. средний косой размер;

- b. большой крслый размер;
- c. вертикальный размер;
- d. прямой размер.

27. При наличии острой гипоксии плода во втором периоде родов и нахождении головки плода в узкой части полости малого таза необходимо роды закончить путем:

- a. наложения полостных акушерских щипцов;
- b. наложения выходных акушерских щипцов;
- c. вакуум-экстракции плода;
- d. абдоминального родоразрешения – кесарево сечение.

28. При наличии экстренных показаний к родоразрешению во втором периоде родов и нахождении головки плода в плоскости выхода малого таза роды возможно закончить путем:

- a. наложения полостных акушерских щипцов;
- b. наложения выходных акушерских щипцов или вакуум-экстракции;
- c. только вакуум-экстракции плода;
- d. абдоминального родоразрешения – кесарево сечение.

29. Клинические признаки ПОРПН включают все, кроме:

- a. гипертонус матки вне и во время схватки;
- b. болевой синдром;
- c. признаки гипоксии плода;
- d. объем наружной кровопотери соответствует тяжести состояния пациентки и степени дистресса плода.

30. Физиологическая кровопотеря составляет:

- a. до 10% от ОЦК;
- b. до 5% от ОЦК;
- c. от 10 до 30% от ОЦК;
- d. 0,5% от ОЦК.

31. Патологическая кровопотеря составляет:

- a. до 10% от ОЦК;
- b. до 5% от ОЦК;
- c. от 10 до 30% от ОЦК;
- d. 0,5% от ОЦК.

32. Массивная кровопотеря составляет:
- до 10% от ОЦК;
 - до 5% от ОЦК;
 - от 10 до 30% от ОЦК;
 - превышает 30% от ОЦК.
33. Под геморрагическим шоком, прежде всего, понимают:
- гипотонию вследствие кровопотери;
 - несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери;
 - тяжелое состояние организма;
 - нарушение свертывания крови.
34. В патогенезе геморрагического шока наибольшее значение имеет:
- объем кровопотери;
 - метод родоразрешения;
 - причина кровопотери;
 - возраст пациентки.
35. Реакция организма роженицы на кровопотерю, как правило, заключается в:
- олигурии;
 - максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы и снижении сердечного выброса;
 - артериальной гипертензии;
 - тахикардии.
36. Пусковым фактором развития ДВС-синдрома является:
- попадание в кровоток тканевой тромбопластины и гемолиз эритроцитов;
 - снижение тромбоцитов;
 - снижение эритроцитов;
 - ацидоз.
37. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 15% ОЦК:
- кристаллоиды 200% объема кровопотери;
 - 2000 мл кристаллоидов + 500-1000 мл коллоидов + СЗП;
 - кристаллоиды 200% объема кровопотери + 500 мл коллоидов;

d. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.

38. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 15-25% ОЦК:

- a. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
- b. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
- c. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
- d. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.

39. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 25-35% ОЦК:

- a. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
- b. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
- c. 2000 мл кристаллоидов +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
- d. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1500 мл коллоидов за 24 часа +СЗП.

40. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере более 35% ОЦК:

- a. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
- b. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
- c. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
- d. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.

41. Характерной особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

- a. асимметрия матки;
- b. внезапность и повторяемость кровотечения;
- c. болезненность нижнего сегмента матки;
- d. гипертонус матки.

42. При диагностике предлежания плаценты с целью исключения placenta accreta, increta, percreta показано исследование:

- a. МРТ только при сочетании предлежания плаценты и рубца на матке;
- b. МРТ во всех случаях предлежания плаценты;
- c. трансвагинальное ультразвуковое исследование при отсутствии

кровянистых выделений;

d. трансабдоминальное ультразвуковое исследование при наличии кровянистых выделений.

43. В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. препаратом выбора для токолиза при предлежании плаценты является:

- a. монотерапия нифедипином;
- b. сернокислая магнезия;
- c. атозибан;
- d. гексапреналина сульфат.

44. Перевод в акушерский стационар 3 уровня при сроке беременности менее 34 недель противопоказан при:

- a. наличии кровотечения;
- b. проведении токолиза;
- c. проведении гипотензивной терапии преэклампсии;
- d. предлежании плаценты.

45. Что необходимо исключить в первую очередь во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, и появлении кровотечения?

- a. гипотонию матки;
- b. развитие ДВС-синдрома;
- c. врастание плаценты;
- d. атонию матки.

46. В каком случае ВИЧ-инфекция является показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения с целью снижения риска интранатальной передачи инфекции новорожденному?

- a. все случаи ВИЧ-инфекции;
- b. при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или вирусной нагрузке 1000 копий/мл;
- c. при вирусной нагрузке 100 копий/мл;
- d. при условии проведения лечения во время беременности.

47. Антиретровирусная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку показана:

- a. всем ВИЧ-инфицированным беременным;
- b. только ВИЧ-инфицированным с вирусной нагрузкой;

- c. в зависимости от CD4 – лимфоцитов;
- d. только при наличии клинических проявлений.

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника:

1. Организационные принципы работы акушерского, гинекологического стационаров и женской консультации. Организационный принцип работы по раннему выявлению беременности. Организация ведения беременных с нормально протекающей беременностью и в группах "риска". Основные формы учетной документации.

2. Методы обследования в акушерстве: клинические методы исследования; лабораторные методы исследования; электрофизиологические методы исследования матери и плода; ультразвуковая диагностика в акушерстве; эндоскопические методы исследования в акушерстве; морфологические методы исследования в акушерстве.

3. Диагностика беременности.

4. Течение беременности по триместрам ее развития, профилактика осложнений. Чрезмерная рвота беременных (лёгкая, средняя, тяжёлая). Невынашивание беременности. Кровотечения в первой половине беременности. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Многоплодная беременность. Многоводие и маловодие.

5. Физиология и клиника родов при головном предлежании. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях. Асинклитические вставления.

6. Беременность и роды в тазовом предлежании. Акушерские пособия при разных видах тазовых предлежании плода.

7. Неправильные положения плода. Операции, исправляющие неправильные положения плода.

8. Таз с анатомической и акушерской точек зрения: анатомически и клинически узкий таз. Беременность и роды при узком тазе. Роды при

крупном плоде. Диагностика клинически узкого таза, неотложная помощь.

9. Перинатальная охрана плода и новорожденных. Перинатальная смертность, пути профилактики. Группы риска по перинатальной патологии плода. Влияние вредных факторов на плод. Антенатальные повреждающие факторы. Гипоксия плода. Фетоплацентарная недостаточность. Синдром задержки развития плода. Аномалии развития плода. Патология пуповины. Внутриутробное инфицирование плода.

10. Плод как объект родов. Диагностика состояния плода в родах. Физиология и патология периода новорожденности. Асфиксия и родовая травма новорожденного. Методы реанимации новорожденных. Порядок предоставления послеродового отпуска при осложнённых родах.

11. Аномалии родовой деятельности: патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности (первичная, вторичная, слабость потуг чрезмерно сильная родовая деятельность), дискоординированная родовая деятельность, методы ее лечения.

12. Родовой травматизм матери: разрывы матки (угрожающий, свершившийся), шейки матки, влагалища и промежности; гематомы вульвы и влагалища; выворот матки; акушерские свищи; травмы лонного сочленения. Тактика. Профилактика акушерского травматизма, реабилитация. Ведение беременных с рубцом на матке.

13. Невынашивание беременности. Самопроизвольный аборт: клиническая классификация, диагностика, тактика ведения, прогноз. Привычное невынашивание: причины, тактика ведения при истмико-цервикальной недостаточности. Преждевременные роды: классификация, современная тактика ведения, токолиз, профилактика невынашивания.

14. Перенашивание беременности. Индуцированные роды.

15. Кровотечения во второй половине беременности: предлежание плаценты; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неотложная помощь. Кровотечения в первом и втором периодах родов. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Поздние послеродовые кровотечения. Изменения в организме при острой кровопотере. Основные клинические формы шока и терминальных состояний. Диссеминированный синдром внутрисосудистого свертывания крови (ДВС). Эмболия околоплодными водами: клиника, диагностика, неотложная помощь.

16. Родоразрешающие и плодоразрушающие операции. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания и условия к производству операции кесарева сечения. Выходные акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во

время беременности, родов и в послеродовом периоде. Оказание неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.

17. Обезболивание родов. Виды обезболивания.

18. Лактация. Причины и методы коррекции гипогалактии.

19. Острый живот в акушерстве: аппендицит и беременность; эктопическая беременность; травматическое повреждение матки при аборте. Послеродовые септические заболевания. Современные принципы лечения послеродовых септических заболеваний.

20. Беременность и экстрагенитальные заболевания. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Особенности течения и ведения беременности при пороках сердца. Эндокринная патология и беременность. Гипер- и гипогликемическая кома у беременных женщин: клиника, лечение, профилактика. Беременность и инфекционные болезни, особенности течения беременности и родов, способы родоразрешения.

21. Организация гинекологического стационара. Менструальная функция, как показатель репродуктивного здоровья. Нарушение менструальной функции: олиго- и аменорея, ановуляторные и овуляторные кровотечения. Оплодотворение и развитие плодного яйца. Воспалительные заболевания женских половых органов. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии (предменструальный, поликистозных яичников, постгистерэктомический, климактерический). Миома матки. Современные представления о патогенезе и тактика ведения пациенток. Эндометриозная болезнь: Клинические рекомендации, современные возможности профилактики и лечения. Внематочная беременность. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Опухоли и опухолевидные образования яичников. Рак яичника. Трофобластическая болезнь. Аномалии развития женских половых органов. Аномалии положения женских половых органов. Бесплодный брак и вопросы планирования семьи. Неотложные состояния в гинекологии. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии. Предоперационная подготовка к экстренным операциям. Анестезиологическое пособие при малых гинекологических операциях.

22. Мотивирование к здоровому образу жизни в работе врача.

23. Коммуникативные ресурсы врача.

24. Приемы и техники эффективного общения.

25. Основы бесконфликтного поведения.

26. Категории и понятия педагогики как науки.

27. Современные теории обучения.

28. Педагогические способности врача.
29. Педагогические ситуации в работе врача.
30. Цели педагогической деятельности врача.
31. В каких случаях оказывается скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь гражданам Российской Федерации?
32. Основные мероприятия по организации подготовки органов управления, медицинских формирований и учреждений службы медицины катастроф к действиям в ЧС (в соответствии с Организационно-методическими указаниями Минздрава России).
33. Порядок оценки эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.
34. Задачи и основы деятельности отделения экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации ТЦМК.
35. Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге землетрясения.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника:

1. Плоскости малого таза, границы и размеры каждой плоскости. Проведите пельвиометрию.
2. Продемонстрируйте на фантоме приемы Леопольда. Цель каждого приема.
3. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
4. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
5. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.
6. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при лобном предлежании.
7. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при лицевом предлежании.
8. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при тазовом предлежании.
9. Продемонстрируйте на акушерском фантоме пособие по Цовьянову.
10. Продемонстрируйте на фантоме классическое ручное пособие при тазовом предлежании.

11. Продемонстрируйте на фантоме экстракцию плода за тазовый конец. Показания. Техника операции.

12. Продемонстрируйте на симуляторе родов Simona вакуум-экстракцию плода.

13. Продемонстрируйте на симуляторе родов Simona операцию наложения выходных акушерских щипцов.

14. Продемонстрируйте на акушерском фантоме операцию наложения полостных акушерских щипцов.

15. Головка в широкой части полости малого таза, I позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.

16. Головка большим сегментом во входе в малый таз, II позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.

17. Головка малым сегментом во входе в малый таз, I позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.

18. Головка в узкой части полости малого таза, II позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.

19. Головка в плоскости выхода малого таза. Передний вид затылочного предлежания. Воспроизведите данную акушерскую ситуацию

20. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа несколько ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере.

21. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к лону.

22. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок у крестца, большой под лоном, стреловидный шов в прямом размере.

23. Проба Шиллера. Биопсия шейки матки. Показания. Техника операции.

24. Марсупиализация. Показания. Техника операции.

25. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания. Техника операции.

26. Искусственное прерывание беременности в I триместре. Показания. Условия для проведения операции. Техника операции.

27. Резекция яичника. Показания. Техника операции.

28. Раздельное диагностическое выскабливание. Показания. Противопоказания. Техника операции.

29. Удаление придатков матки (Аднексэктомия). Показания. Этапы операции.

30. Удаление маточной трубы (тубэктомия). Показания. Этапы операции.

31. Тесты функциональной диагностики.

32. Лапароскопия. Показания. Противопоказания. Техника операции.

33. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Техника операции.

34. Экстирпация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Техника операции.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Задача 1.

Беременность 36-37 недель. Умеренные кровяные выделения из половых путей (общая кровопотеря за 8 часов в пределах 100-150 мл).

При осмотре: Матка четко контурируется, умеренно возбудима, расслабляется полностью, безболезненна. Положение плода продольное. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 142 в мин.

Осмотр при помощи зеркал: Патологических изменений со стороны шейки матки и влагалища не выявлено.

Влагалищное исследование: Шейка матки укорочена до 2,0 см, центрирована, наружный зев закрыт. В правом своде влагалища определяется тестоватость.

Диагноз?

Врачебная тактика?

Задача 2.

Первобеременная 22 лет на приеме в женской консультации, срок 36 недель. Отмечается повышение АД до 140/90 мм.рт.ст. с 30 недель беременности, по поводу чего принимает допегит 250 мг 3 раза в день. От госпитализации отказывалась.

Объективно: состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. головной боли нет. Зрение ясное. АД 130/90 мм.рт.ст. Отеки стоп и голеней. Общая прибавка веса 22 кг. ОЖ - 100, ВДМ - 32 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. сердечные тоны плода ясные, ритмичные до 144 уд/мин.

При ультразвуковом исследовании выявлено: в матке один живой плод в головном предлежании. Фетометрия: окружность головки плода и длина бедра соответствуют 34 неделям беременности, а окружность живота 32 неделям. Плацента на задней стенке,

высоко от внутреннего зева, II-III степени зрелости с множественными петрификатами, толщиной 2,5 см. Индекс амниотической жидкости 6 см. Предполагаемая масса плода 1900-2000 г. Сердцебиение плода ритмичное, ЧСС 140 уд/мин. Кровоток в системе мать-плацента-плод в пределах нормы.

КТГ плода – 8 баллов по шкале Фишера.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 3.

У беременной 32 лет с явлениями резус-сенсибилизации (титр антител 1:128) в анамнезе 1 роды и 2 искусственных аборта. Во время данной беременности был произведен диагностический кордоцентез в сроке 31 неделя. У плода диагностирована А (II) группа крови, резус положительный, гемоглобин – 53 г/л, гематокрит – 21 %.

При ультразвуковом исследовании выявлено: плацента I степени зрелости, толщиной 48 мм, индекс амниотической жидкости 24 см.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 4.

Доставлена беременная при сроке гестации 39 недель. Предыдущая беременность 4 года назад закончилась операцией кесарево сечение по поводу упорной слабости родовой деятельности. Утром после поднятия тяжести появились боли в подложечной области, тошнота.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 уд/мин., АД – 110/60 мм рт. ст. На передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец длиной 17 см, заживший вторичным натяжением. В средней трети рубец звездчатый, интимно связан с подлежащими тканями, болезненный при пальпации. Родовой деятельности нет. Матка напряжена, контуры ее четкие, в области предполагаемого рубца матка болезненна. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 116 уд./мин. Выделений из половых путей нет.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 5.

Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом при сроке беременности 37 недель после приступа эклампсии. Последние 3 дня беременную беспокоили головные боли, несколько раз была рвота.

Объективно: Общее состояние тяжелое. В сознании, ориентирована во времени и пространстве. Лицо одутловатое. Значительные отеки на ногах и передней брюшной стенке, АД 160/100 мм рт. ст. Родовой деятельности нет.

Акушерский статус: Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. ОЖ 107, ВДМ 36 см. Матка в нормальном тоне, безболезненная во всех отделах положение плода продольное, предлежит головка плода, неплотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 100 уд/мин.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 6.

У роженицы с преэклампсией во втором периоде родов с началом потуготмечается повышение АД до 170/100 мм.рт.ст. Головная боль. Зрение ясное. Сердцебиение плода

ясное, ритмичное до 146 уд/мин.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода в узкой части полости малого таза. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 7.

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в 40 недель беременности с хорошей родовой деятельностью. В анамнезе: 1 самопроизвольные роды и 2 искусственных аборта. После второго аборта было повторное выскабливание матки.

Родовая деятельность продолжалась 6 часов. Родилась живая доношенная девочка массой 3400 гр. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 8.

Первобеременная поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, которая началась 5 ч назад. Срок гестации 39-40 недель.

Акушерский статус: Размеры таза – 25-28-32-20 см. Предполагаемая масса плода – 4000 гр. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиения плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин слева ниже пупка. Признак Вастена вровень.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие полное. Плодного пузыря нет. Слева у лона определяется переносица и корень носа, справа у крестца - угол большого родничка. Лобный шов в правом косом размере. Мыс не достигается.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 9.

У беременной в 30 недель с резус-сенсбилизацией при ультразвуковом исследовании выявлено: бипариетальный размер головки плода соответствует 28 неделям, размер живота – 32-33 неделям. Отмечается увеличение размеров печени плода, в брюшной полости небольшое количество свободной жидкости. Плацента расположена на передней стенке матки, I-II степени зрелости, 45 мм толщиной. Многоводие - ИАЖ 28 см. Сердцебиение плода ритмичное до 15 уд/мин. Снижена двигательная активность плода.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 10.

На приеме в женской консультации повторнородящая в 36 недель беременности. В анамнезе двое родов крупными плодами (4350 и 4500 г.)

Объективно: Окружность живота – 98 см. Высота дна матки – 28 см. Размеры таза – 25-28-32-20 см. В дне матки части плода не определяются, слева выше гребня подвздошной кости определяется крупная часть плода округлой формы, справа ниже гребня подвздошной кости пальпируется тоже крупная часть мягковатой консистенции. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, на уровне пупка слева до 144 уд/мин.

Диагноз?

План ведения?

Задача 11.

Роженице 32 лет, 1-е роды. Беременность доношенная. Регулярная родовая деятельность в течение 4 часов, околоплодные воды не изливались. Схватки через 3-4 минут по 30 сек, болезненные.

Объективно: ОЖ – 126 см, ВДМ – 32 см. Размеры таза 23-25-28-18 см. Положение плода косое. Головка плода слева, ниже гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода ясное ритмичное 134 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, края зева средней толщины, ригидные. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Таз без экзостозов, мыс достижим.

Диагноз?

План ведения родов?

Задача 12.

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая самопроизвольным абортom.

Объективно: Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец. Родовая деятельность регулярная, схватки через 1-2 минуты по 45 сек. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище определяется выпавшая пульсирующая петля пуповины. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 13.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно пациентка побледнела, появились сильные распирающие боли в животе, матка в постоянном тонусе. Пальпация частей плода затруднена. Сердцебиение плода ясное, урежается во время схватки до 90-100 уд/мин, восстанавливается после схватки до 120 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа у крестца.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 14.

Первородящая, второй период родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90-100 уд/мин, которое не восстанавливается после потуги.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода находится в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона, ниже большого.

Диагноз?

Тактика ведения родов?

Задача 15.

Второй период своевременных родов бихориальной и биамниотической двойней.

Срок гестации 37 недель.

После рождения первого плода массой 2000 г произведено влагалищное исследование, при котором выявлено: плодный пузырь второго плода цел, предлежащая часть не определяется.

Сердцебиение плода ритмичное, 132 удара в минуту, на уровне пупка слева.

Диагноз?

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Задача 16.

В родильный дом доставлена роженица во II периоде родов, воды излились 12 ч назад, предлежащей части нет, крупные части плода определяются на уровне гребней подвздошных костей, головка слева. Сердцебиение плода не выслушивается. Подтекают мекониальные околоплодные воды с неприятным запахом. Температура тела 37,2°C.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Определяется плечико плода.

Диагноз?

Способ родоразрешения?

Задача 17.

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 25-26 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта.

При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центрмалого таза. Канал шейки матки проходим для 1 пальца. Матка увеличена соответственно сроку беременности. Выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

Диагноз?

Тактика врача женской консультации и принципы ведения?

Задача 18.

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Срок беременности 18-19 недель. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 20-21 недели беременности.

При влагалищном исследовании: шейка матки слегка отклонена кзади, укорочена до 1,5 см, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

Диагноз?

Тактика врача женской консультации?

Задача 19.

Беременность 41 неделя, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г, второй период родов продолжается 30 мин. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 170 уд/мин. Схватки через 3 мин по 35-40 с. Размеры таза 25-28-31-20 см.

При влагалищном исследовании: Открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет. Кости черепа плода плотные, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона, ниже большого, большой слева кзади. Мыс не достигается. Подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 20.

Второй период родов, продолжается 1 час 30 мин. АД 120/65 мм рт. Размеры таза

26-27-33-18 см. Схватки через 2-3 мин по 50-55 сек, потужного характера. Матка не расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Контракционное кольцо выше лона, располагается косо. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд./мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке выражена родовая опухоль.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 21.

Беременная 28 лет, 3-е предстоящие роды, поступила в отделение патологии беременности, срок гестации 40 недель. В анамнезе последние роды в тазовом предлежании, интранатальная гибель плода.

Объективно: ОЖ – 128 см, ВДМ – 32 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода поперечное, головка плода слева. Сердцебиение плода ясное ритмичное 128-134 в минуту, выслушивается на уровне пупка слева. КТГ – 9 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки отклонена слегка кзади, длиной до 2,5 см, плотная, цервикальный канал пропускает 1 палец до внутреннего зева. Предлежащая часть не определяется. Плодный пузырь цел. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

Оцените степень зрелости шейки матки. План ведения?

Задача 22.

В родильный дом в 20-00 поступила первобеременная 16 лет с доношенной беременностью, с жалобами на излитие околоплодных вод в 19-00, регулярной родовой деятельностью с 14-00.

Объективно: Размеры таза 23-27-30-20 см. Окружность живота - 128 см. высота дна матки - 32 см. Головка плода справа на уровне гребня подвздошной кости, тазовый конец слева, также на уровне гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 в минуту, на уровне пупка, справа. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ручка плода. Таз без экзостозов, мыс не достигим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз?

План родоразрешения?

Задача 23.

Роженице 35 лет, 1-е роды. В анамнезе в течение 10 лет первичное бесплодие. Данная беременность наступила самопроизвольно. Срок гестации 38-39 недель. Регулярная родовая деятельность в течение 4 часов, околоплодные воды не изливались. Схватки через 8-9 минут по 15-20 сек, слабой силы.

Объективно: ОЖ – 100 см, ВДМ – 34 см. Размеры таза 24-27-30-20 см. Головка плода слева, ниже гребня подвздошной кости, тазовый конец справа, выше гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода ясное ритмичное 128-134 в минуту. КТГ – 9 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, края зева средней толщины, мало податливые. Плодный пузырь цел. Предлежащей части нет. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

План ведения родов?

Задача 24.

Первобеременная 27 лет, поступила на родовую госпитализацию в отделение патологии беременности. Регулярные схватки в течение 3-х часов.

Объективно: ОЖ – 110 см, ВДМ – 30 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Головка плода справа, выше гребня подвздошной кости, тазовый конец слева, также выше гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода ясное ритмичное 144 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки в центре малого таза, длиной до 0,5 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежащей части нет. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

Оцените степень зрелости шейки матки. План ведения родов?

Задача 25.

Беременность вторая, роды предстоящие первые. В анамнезе преждевременные роды в 23 недели, ребенок умер на 1-е сутки. Срок гестации 34-35 недель. Жалобы при поступлении на кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: Живот увеличен за счет беременной матки. ОЖ – 110 см, ВДМ – 38 см. Матка в нормальном тоне, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, над входом в малый таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 144 уд/мин.

В условиях развернутой операционной произведено

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: Шейка матки длиной до 2,5 см, отклонена кзади, наружный зев закрыт. Через своды влагалища пальпируется тестоватость. Таз емкий, без экзостозов. Мыс не достигим.

Диагноз?

План ведения беременности и родоразрешения?

Задача 26.

Беременная доставлена бригадой скорой помощью с жалобами головную боль и ухудшение шевеления плода. Срок гестации 32 недели. С 30 недель отмечается повышение АД до 150/90 мм.рт.ст., от госпитализации пациентка оказывалась.

Объективно: Состояние при поступлении средней степени тяжести. В сознании, ориентирована в пространстве и времени. АД 160/100 мм.рт.ст. Ps -

88 уд/мин, удовлетворительных свойств. Отеки голеней, передней брюшной стенки, лица. Живот увеличен за счет беременной матки, матка в повышенном тоне, пальпация частей плода затруднена. Сердцебиение плода не выслушивается. В анализе мочи по СИО! протеинурия 3,2 г/л.

Влагалищное исследование: Шейка матки длиной до 2,5 см, отклонена кзади, неравномерной плотности, цервикальный канал пропускает 1 п/п. Через передний свод влагалища пальпируется головка плода, над входом в малый таз. Таз емкий, без экзостозов. Мыс не достигим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 27.

Повторнородящая 32 лет, срок гестации 37-38 недель, поступила с родовой деятельностью. Схватки на момент поступления через 2-3 минуты по 35 секунд. Околоплодные воды излились час назад. Головка в полости малого таза. Течение данной

беременности: отеки в течение последнего месяца, периодическое повышение А/Д до 180-200/100 мм.рт.ст. Анализ мочи без патологии.

Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли в животе. Пульс 100 в минут, А/Д 140/110 мм.рт.ст. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 90-100 уд/минуту. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодного пузыря нет. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева кзади, ниже большого, большой справа у лона, стреловидный шов в левом косом размере.

Диагноз?

Какие опознавательные точки таза доступны для исследования, когда головка находится в широкой части полости малого таза?

Тактика врача?

Задача 28.

Первородящая 25 лет, поступила в родовое отделение с регулярными схватками. Околоплодные воды не изливались. Беременность доношенная. В течение двух недель отмечает эпизоды повышения АД до 140/90 мм.рт.ст. При поступлении в анализе мочи протеинурия 1,2 г/л.

Объективно: Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 140 уд/минуту. Схватки через 5-6 минут по 35-40 секунд, регулярные.

Влагалищное исследование: Открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, справа у лона малый родничок, ниже большого, большой слева у крестца, стреловидный шов в левом косом размере. Таз без экзостозов. Мыс не достижим.

Через 30 минут после поступления возникли резкие боли внизу живота, матка приняла асимметричную форму, болезненной при пальпации. В области правого угла матки определяется выпячивание, из половых путей появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода стало приглушенным, 96-110 уд/минуту.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 29.

Роды в срок. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 сек, удовлетворительной силы. В паузах между схватками матка расслабляется полностью. Общее состояние удовлетворительное, рост 165 см, масса 76 кг. Размеры таза 25-28-32-18 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Контракционное кольцо на 10 м выше лона. Сердцебиение плода 90-100 уд/мин, приглушено, ритмичное.

Влагалищное исследование: Открытие маточного зева 8 см, плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, справа у лона определяются глазницы и корень носа, слева у крестца определяется передний угол большого родничка. Лобный шов в левом косом размере. Подтекают мекониальные околоплодные воды. Мыс не достижим. таз без экзостозов.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 30.

Роженице 38 лет, 4-е роды. Регулярная родовая деятельность в течение 6 часов, околоплодные воды излились при поступлении. В течение последнего часа отмечает

ослабление родовой деятельности, схватки через 5-6 минут по 20-25 сек, слабой силы.

Объективно: ОЖ – 104 см, ВДМ – 40 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 144 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см, края зева тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Большой родничок слева у лона, ниже малого, малый справа у крестца, стреловидный шов в правом косомразмере. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

Тактика ведения родов?

Задача 31.

В родильный дом доставлена роженица 33 лет. Беременность 4, роды 1, в анамнезе 3 фарм/аборта, последний осложнился кровотечением, выскабливанием стенок матки.

Размеры таза 26-28-30-21 см. Предполагаемая масса плода 4000. Положение плода продольное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода глухие до 100 уд/мин.

В родах 19 часов. Безводный промежуток 3 часа. Продолжительность II периода родов 1,5 часа. Потуги через 1-2 минуты, по 60 секунд, хорошей силы. Роженица беспокойна, кричит. Матка вне схватки полностью не расслабляется. Контракционное кольцо выше пупка, расположено косо. Нижний сегмент болезненный при пальпации.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе в малый таз, малый родничок справа кзади, ниже большого, большой слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Таз без экзостозов.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 32.

Первородящая 24 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов. Срок беременности 37-38 недель. Схватки через 7-8 минут по 15-20 секунд, слабой силы.

Объективно: Размеры таза: 26-29-31-21 см. Окружность живота 114 см., высота стояния дна матки 44 см. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. В дне матки пальпируются две крупные части. Предлежит головка I плода, прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плодов выслушиваются: слева ниже пупка 130 уд/мин, справа выше пупка 130-140 в минуту. По данным УЗИ бихориальная биамниотическая двойня, предполагаемые массы плодов 2450 и 2400 г.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, над входом в малый таз. Мыс не достигим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 33.

Поступила роженица 23 лет. Беременность доношенная. Схватки через 5-6 минут по 35 секунд, положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Пальпируются носик, ротик плода. Подбородок слева у крестца. Лицевая линия в левом косом размере. Таз без экзостозов, мыс не достигим.

Диагноз?

Тактика ведения?

Задача 34.

Повторнородящая 38 лет поступила с начавшейся родовой деятельностью. В родах 6 часов. В анамнезе 5-е предстоящие роды, в последних родах был диагностирован разрыв шейки матки I ст, шейка матки восстановлена, после родов состояние шейки матки не оценивалось.

Данная беременность доношенная.

Объективно: Окружность живота 120 см. ВДМ 40 см. Схватки через 7-8 мин, по 15-20 сек, слабой силы. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин, слева ниже пупка. По данным УЗИ данных за ПОНРПи предлежание плаценты нет, ПМП – 4700 г.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 3 см, края зева тонкие, имеется рубцовая деформация шейки матки на 3-х часах. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 35.

Роженице 32 лет, 1-е роды. Регулярная родовая деятельность в течение 4 часов, околоплодные воды излились при поступлении. Схватки через 5-6 минут по 30-40 сек, болезненные.

Объективно: ОЖ – 98 см, ВДМ – 36 см. Размеры таза 26-28-32-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 134 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, края зева средней толщины, ригидные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Таз без экзостозов, мыс не достижим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 36.

Роженица, 29 лет, первые срочные роды, I период родов составил - 5 часов 30 минут, II период родов - 30 минут. В родах применялась медикаментозная родоактивация окситоцином в течение 2,5 часов по поводу первичной слабости родовой деятельности. Родился мальчик массой 3200, с оценкой по шкале Апгар 9-9 б.

III период родов продолжается 15 минут, из половых путей появились кровянистые выделения. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 80. А/Д 120/75 мм.рт.ст.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 37.

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна.

В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При ультразвуковом исследовании в 22 недели - плацента частично перекрывает внутренний зев.

При наружном осмотре: размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 120 уд/мин. Кровянистые выделения из половых путей скудные.

Диагноз?

Тактика врача женской консультации?

Задача 38.

Повторнородящая 26 лет. Роды своевременные, продолжались 3 часа.

Родился плод весом 4500 г.

Сразу же после рождения ребенка началось кровотечение из половых путей. Произведена катетеризация мочевого пузыря. Признаков отделения плаценты нет.

Произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Матка сокращается плохо, кровотечение продолжается.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 39.

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41-42 недели.

При объективном исследовании: Размеры таза 23-26-29-18 см, Положение плода продольное, предлежание головное. Предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 в мин.

При влагалищном исследовании: Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт. Через своды влагалища определяется головка, неплотно прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Таз без экзостозов.

Диагноз?

План ведения?

Задача 40.

Беременная 32 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью иначевавшейся родовой деятельностью. Роды 4-ые, трое предыдущих закончились рождением живых доношенных детей, последние роды осложнились кровотечением в последовом периоде, по поводу чего было произведено ручное отделение плаценты и выделение последа ввиду частичного плотного прикрепления плаценты.

Спустя 4 часа от момента поступления произошли роды живой девочкой массой 4200, дл. 52 см. Во II периоде была произведена профилактика кровотечения метилэргометрином. Через 3 минуты отделилась плацента и выделился послед, цел. Оболочки все, матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. Через 10 минут из половых путей выделилось ещё 150 мл крови со сгустками. Матка расслабляется. Кровотечение продолжается.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 41.

Срочные вторые роды у женщины 34 лет. Из анамнеза: данная беременность пятая. Первая закончилась срочными родами живым ребенком, 3 медицинских аборта, последний осложнился эндометритом.

После рождения ребенка прошло 30 минут. Отмечаются незначительные кровянистые выделения из половых путей. Признаков отделения последа нет.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 42.

Роженица 30 лет. Беременность 6, роды 2. Первым родам предшествовали 3 медицинских аборта. Из анамнеза: при первых родах в последовом периоде было

кровотечение, проводилось ручное отделение плаценты, послеродовой период осложнился эндометритом, выписалась из стационара на 11-е сутки.

Родоразрешилась живым мальчиком 4000 г. Продолжительность I периода родов составила 2 часа 40 минут, II - 30 минут. В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение. При кровопотере 300 мл приступили к ручному отделению плаценты и выделению последа. Матка сокращается плохо, кровотечение продолжается.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 43.

II срочные роды, живым доношенным плодом произошли 30 минут назад. Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. При осмотре возникло сомнение в целостности плаценты. Из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс – 74 уд/минуту, ритмичный. АД 120/75 мм.рт.ст.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 44.

Первые своевременные роды, живым доношенным плодом произошли 15 минут назад. Признаков отделения плаценты нет, началось кровотечение из половых путей. Моча выведена катетером.

Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс – 74 уд/минуту, ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 45.

Повторнородящая женщина. В анамнезе 4 искусственных аборта, последний 2 года назад осложнился метроэндометритом. Данная беременность закончилась рождением живого доношенного ребенка, массой 3900 г.

Через 10 минут после рождения плода из влагалища появились кровянистые выделения в умеренном количестве. Признаков отделения плаценты нет. Общая кровопотеря 300 мл. Кровотечение продолжается.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 46.

Роженица 30 лет. Беременность 6, роды 2. Из анамнеза: первым родам предшествовали 3 медицинских аборта, в родах в последовом периоде было кровотечение, проводилось ручное отделение плаценты.

Родоразрешилась живым мальчиком 4240 г. Продолжительность I периода родов составила 2 часа 10 минут, II периода - 35 минут.

В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение. При кровопотере 300 мл приступили к ручному отделению плаценты и выделению последа. После выделения последа матка плохо сокращается, кровотечение продолжается.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 47.

Роженице 35 лет, 3-е роды. В анамнезе 3 медицинских аборта. Регулярная родовая

деятельность в течение 7 часов, околоплодные воды излились 3 часа назад. Схватки через 3-4 минуты по 35-40 сек, болезненные.

Объективно: ОЖ – 100 см, ВДМ – 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 128-134 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, края зева средней толщины, ригидные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Таз без экзостозов, мыс не достижим. Подтекают воды светлые.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 48.

В родильный дом поступила первобеременная 16 лет, с жалобами на излитие околоплодных вод час назад. Регулярной родовой деятельности нет. Срок гестации 38 недель.

Объективно: ОЖ – 92 см, ВДМ – 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кзади, длиной до 2,5 см, неравномерной плотности, цервикальный канал пропускает 1 палец с трудом. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Таз без экзостозов, мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз?

Оцените степень зрелости шейки матки. Тактика ведения?

Задача 49.

Роженице 35 лет, 1-е роды. В анамнезе в течение 10 лет первичное бесплодие. Данная беременность наступила самопроизвольно. Регулярная родовая деятельность в течение 7 часов, околоплодные воды не изливались. Схватки через 8-9 минут по 15-20 сек, слабой силы.

Объективно: ОЖ – 100 см, ВДМ – 42 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 128-134 в минуту. КТГ – 9 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см, края зева средней толщины, мало податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Таз без экзостозов, мыс не достижим.

Диагноз?

Тактика врача?

Задача 50.

Роженице 27 лет, 2-е роды. В анамнезе 2 медицинских аборта, последний из которых осложнился метроэндометритом. Регулярная родовая деятельность в течение 6 часов, околоплодные воды излились 8 часов назад. Схватки через 6-7 минут по 15-20 сек, слабой силы.

Объективно: ОЖ – 100 см, ВДМ – 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 144 в минуту. КТГ – 8 баллов по Фишеру.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3-4 см, края зева средней толщины, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди, ниже большого, большой справа кзади, стреловидный шов в правом косом размере. Таз без экзостозов, мыс не достижим. Подтекают светлые околоплодные воды.

Диагноз?
Тактика врача?

Задача 51

Пациентка А., 45 лет обратилась в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 15 дней. Пациентка соматически не отягощена. Из анамнеза- 1 год назад произведено раздельное диагностическое выскабливание с гистероскопией по поводу нарушение менструального цикла.

При гистологическом исследовании: простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Назначен дюфастон в циклическом режиме на 6 месяцев. Контрольная аспирационная биопсия эндометрия не проводилась, самостоятельно отменила препарат.

При ультразвуковом исследовании малого таза – матка кпереди, размерами 60x50x70ммх, М-эхо 12мм, яичники не увеличены, структура однородная. В связи с продолжающимися кровяными выделениями произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, при гистологическом исследовании: сложная железисто- кистозная гиперплазия.

Диагноз?
План ведения.

Задача 52.

Пациентка 14 лет, поступила в отделение детской гинекологии с жалобами на постоянные боли внизу живота, принимающие распирающий характер во время менструаций.

Родилась от первой беременности из двойни (сестра здорова), беременность и роды протекали без осложнений. Работа матери связана с пестицидами.

Менархе с 13 лет, первая менструация умеренная, безболезненная, последующие менструации очень болезненные, принимала спазмолитики и анальгетики.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, имеется два влагалища, отделенные перегородкой, две шейки матки конической формы. Отмечено резкое выбухание правой передней стенки влагалища размерами 10x8 см, левый свод затруднен для осмотра.

Ректоабдоминальное исследование: на 2—3 см от заднепроходного отверстия пальпируется образование размерами 10x6x5 см, на верхнем полюсе которого определяются два тугоэластических плотных образования (матки). Придатки не определяются, область их безболезненна.

УЗИ: определяются две матки, размеры правой матки — 3,7x3,6x4,6 см, длина ее шейки — 1,8см, полость матки расширена до 1,8 см. Правое влагалище расширено за счет жидкостного содержимого размерами 10,2x6,4x8,6 см, справа от матки выявлено образование с жидким содержимым размерами 3,5x2,2x4,4 см (гематосальпинкс). Размеры правого яичника 3,5x1,8x3,1 см. Размеры левой матки 3,7x2,8x4,4 см, ее шейки — 2,1 см, полость матки не расширена. Размеры левого яичника 2,8x1,4x2,7 см. Матки на всем протяжении разъединены между собой.

УЗИ почек: аплазия правой почки, левая почка — в типичном месте, размерами 12,9x5,0x7,5 см.

Ваш диагноз?
Тактика ведения?

Задача 53

Больная 24 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на кровяные выделения из половых путей на фоне 2-х недельной задержки менструации, тянущие боли внизу живота в течение суток. Нв 85 г/л.

Менструальная функция без особенностей. В анамнезе 2 преждевременных родов путем операции кесарева сечения. От беременности не предохраняется.

При осмотре выявлено: во влагалище имеется полная перегородка, две шейки матки: правая пропускает один палец, наружный зев левой закрыт. Выделения кровяные, со сгустками, обильные. Правая матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции. Левая матка не увеличена. Область придатков пальпаторно без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

Какой метод контрацепции следует порекомендовать?

Задача 54

Больная 36 лет обратилась в клинику с жалобами на привычное невынашивание беременности. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, половая жизнь с 20 лет, в браке.

Беременностей – 3, закончились самопроизвольными выкидышами до 12 недель беременности с последующим выскабливанием стенок полости матки, удалением остатков плодного яйца. При выскабливаниях выявлялась деформация полости матки в области дна, по-видимому, за счет перегородки. Инфекционный и гормональный генез невынашивания отвергнут.

Диагноз?

План ведения?

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты тестирования оцениваются следующим образом: 90 % и более правильных ответов – «отлично»,

80-89 % правильных ответов – «хорошо»,

71-79 % правильных ответов – «удовлетворительно»,

70 % и менее правильных ответов – «неудовлетворительно».

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки – «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение первого этапа государственной итоговой аттестации.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией.

Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

«зачтено» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

«не зачтено» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

«отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«удовлетворительно» - выставляется ординатору, 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, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на

вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

«неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Анестезиология : национальное руководство : краткое издание / под ред. А. А. Бунятына, В. М. Мизикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-5709-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457092.html>

2. Хирургический больной : мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В. , Пасечника И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5752-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html>

3. Диагностика и интенсивная терапия больных COVID-19 : руководство для врачей / под ред. С. С. Петрикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 432 с. (Серия "COVID-19: от диагноза до реабилитации. Опыт профессионалов") - ISBN 978-5-9704-6340-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463406.html>

4. Интенсивная терапия : национальное руководство : в 2 т. Том 1 / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1136 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6258-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462584.html>

5. Интенсивная терапия : национальное руководство : в 2 т. Т. II. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1072 с. - ISBN 978-5-9704-5018-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450185.html>

6. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-4448-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444481.html>

7. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. ,

перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html>

8. Вентиляция легких в анестезиологии и интенсивной терапии [Электронный ресурс] / В. Л. Кассиль [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436448.html>

Дополнительная литература:

1. Физиология и патология гемостаза : учеб. пособие / под ред. Н. И. Стуклова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3625-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436257.html>

2. Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А. , Ревиншвили А. Ш. , Неминуций Н. М. , Проничева И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5629-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html>

3. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннулина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462393.html>

4. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В. Н. Серов, И. И. Баранов, О. Г. Пекарев, А. В. Пырегов, В. Л. Тютюнник, Р. Г. Шмаков - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4054-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440544.html>

5. Инсульт : пошаговая инструкция. Руководство для врачей / М. А. Пирадов, М. Ю. Максимова, М. М. Танашян. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-5782-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457825.html>

6. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии : учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 128 с. : ил. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-6007-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460078.html>

7. Парентеральное и энтеральное питание [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. М. Ш. Хубутя, Т. С. Поповой, А. И.

Программное обеспечение:

- Windows ОС (Windows 10 Pro)
- LibreOffice
- MS Office 2013
- 1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2
- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека
- КИС ЕМИАС
- МИС Медиалог
- ПО «Интеллект»
- Kaspersky Anti-Virus Suite

Критерии оценки результатов государственной итоговой аттестации

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Критерии оценки аттестационного тестирования

Результаты тестирования оцениваются следующим образом: 90 % и более правильных ответов – «отлично»,
80-89 % правильных ответов – «хорошо»,
71-79 % правильных ответов – «удовлетворительно»,
70 % и менее правильных ответов – «неудовлетворительно».

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки – «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение первого этапа государственной итоговой аттестации.

Окончательное решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на первом этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией.

Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» / «не зачтено».

«зачтено» – обучающийся обладает системными теоретическими

знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

«не зачтено» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Критерии оценки итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

«отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

«удовлетворительно» - выставляется ординатору, 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, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

«неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не

справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Учебная аудитория, в которой есть;
Специализированная офисная мебель:
Стол преподавателя – 1 шт.
Доска (меловая) – 1 шт.
Кафедра – 1 шт.
Посадочных мест – 20 шт.
Технические средства обучения:
Мультимедиа-проектор – 1 шт.,
Экран с электроприводом – 1 шт.,
Колонки для воспроизведения аудио - 1 шт.,
Компьютер преподавателя – 1 шт