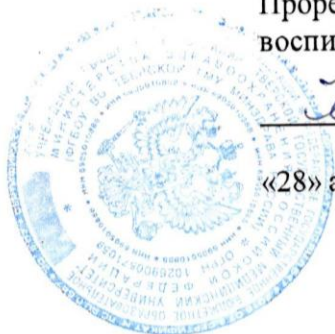


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной и  
воспитательной работе



И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

**Рабочая программа дисциплины  
Акушерство**

для студентов 4 курса

направление подготовки (специальность)  
31.05.03 Стоматология

форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины  
обсуждена на заседании кафедры  
26.06.2020 г. (протокол №11)

Зав. кафедрой И.И. Стольникова Стольникова И.И.

Разработчики рабочей программы:

Д.м.н., доцент Радьков О.В.  
К.м.н., доцент Блинова Н.И.

**Тверь, 2020**

**I.Рабочая программа утверждена** на заседании ЦКМС 28.08.2020 (протокол №1).

## **II. Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) **31.05.03 Стоматология**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### **1. Цель и задачи дисциплины**

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами дисциплины являются:

- Диагностики беременности различных сроков и физиологических изменений в организме беременной, роженицы, родильницы;
- Ведение физиологической беременности и прием родов;
- Принципы диагностики заболеваний и патологических состояний во время беременности, родов, послеродовом периоде;
- Освоение лечебно-диагностических алгоритмов при неотложных состояниях в акушерстве;
- Освоение принципов обучения пациентов основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья.

### **2. Планируемые результаты обучения по дисциплине**

<b>Формируемые компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен</b>
ОК-4 Способность действовать в нестандартных	Уметь: 1. Разработать и обосновать план диагностических мероприятий с учетом

<p>ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения</p>	<p>особенностей протекания беременности, родов, послеродового периода</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Определить статус пациентки: общее и специальное акушерское обследование, оценить состояние матери и плода.</li> <li>3. Поставить предварительный диагноз.</li> </ol> <p>Знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиологию, патогенез, нозологические формы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения беременности, родов, послеродового периода</li> <li>2. Критерии диагностики осложнений беременности, родов, послеродового периода</li> <li>3. Методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного исследования в акушерстве</li> </ol>
<p>ОК–7 Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в чрезвычайных ситуациях</p>	<p>Уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Провести опрос и объективное исследование пациента с наиболее часто встречающимися острыми и неотложными состояниями в акушерстве, определить тактику ведения; установить клинический диагноз</li> <li>2. Оказывать первую помощь на догоспитальном этапе при наиболее часто встречающихся острых и неотложных состояниях в акушерстве</li> </ol> <p>Знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения, диагностику и профилактику наиболее часто встречающихся острых и неотложных состояний в акушерстве</li> </ol>
<p>ОПК–4 Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы профессиональной деятельности</p>	<p>Уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В работе с пациентами применять принципы врачебной этики и деонтологии</li> </ol> <p>Знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные принципы врачебной этики и деонтологии</li> </ol>

По окончании цикла по акушерству студент должен уметь:

- 1). Поставить предварительный диагноз;

- 2). Направить на обследование;
- 3). Оказать неотложную помощь (беременной, роженице, родильнице) - при эклампсии, кровотечении;
- 4). Оценить влияние акушерской патологии на стоматологические заболевания и учитывать при лечении;
- 5). Проводить профилактику стоматологических заболеваний у женщин при различных осложнениях беременности.

### **3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы**

Дисциплина «Акушерство» входит в базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Данная дисциплина формирует компетенции из числа знаний и умений по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам.

Дисциплина «Акушерство» составляет один из основных разделов врачебной специальности, обучение которой необходимо для совершенствования знаний и приобретенные компетенций по подготовке высококвалифицированного врача, владеющего определенными знаниями и умениями в области акушерства с учетом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности «Стоматология». Изучаемая дисциплина является лечебно-профилактическим направлением, которое неразрывно интегрировано со всеми медицинскими дисциплинами и специальностями. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах лечения и профилактики, базирующихся на принципах доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Акушерство» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача при оказании помощи беременным, роженицам, родильницам.

**Уровень начальной подготовки и требования к «входным» знаниям** обучающегося для успешного освоения дисциплины «Акушерство» включает: знание анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины, в т.ч. физиологию менструального цикла; знание об этапах формирования гамет, процессе оплодотворения и эмбриональном развитии человека; знания алгоритмов диагностического поиска и пропедевтические навыки обследования пациента, в т.ч. последовательность изложения данных, полученных в результате клинических наблюдений; знание базовых принципов и методик фармакотерапии и хирургических операций.

1. Перечень дисциплин и практик, для которых освоение дисциплины «Акушерство» необходимо как предшествующее.

- Анатомия человека.
- Биология и медицинская генетика.
- Гистология, цитология и эмбриология.
- Нормальная физиология.
- Биоорганическая и органическая химия.
- Микробиология с вирусологией и иммунологией.
- Фундаментальная и клиническая фармакология.
- Патологическая физиология.
- Общая гигиена с экологией с курсом гигиены детей и подростков.
- Общая хирургия.
- Пропедевтика внутренних болезней.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.
- Патологическая анатомия.
- Инфекционные болезни и эпидемиология.
- Лучевая диагностика и лучевая терапия.
- Учебная практика:
  - Уход за хирургическими и терапевтическими больными.

2. Как предшествующая дисциплина «Акушерство» необходима для освоения следующих дисциплин:

1. Педиатрия.
2. Судебная медицина.

**4. Объём дисциплины** составляет 2 зачетные единицы, 72 академических часа, в том числе 52 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 20 часов самостоятельной работы обучающихся.

**5. Образовательные технологии**

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Лекция-визуализация, проблемная лекция, ролевая учебная игра, занятия с использованием тренажёров, имитаторов, компьютерная симуляция, разбор клинических случаев, использование компьютерных обучающих программ, интерактивных атласов, посещение врачебных конференций, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание рефератов, работа с компьютерными кафедральными фильмами, встречи с ведущими специалистами в области акушерства.

Клинические практические занятия проводятся в женских консультациях и стационарах: ГБУЗ ТО «Областной родильный дом», ГБУЗ ТО «Родильный дом №2», ГБУЗ ТО «Родильный дом № 5» г. Твери, ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи».

**6. Формы промежуточной аттестации**

В качестве промежуточной аттестации студентов по дисциплине «Акушерство» проводятся: зачет (по окончании 8 семестра). Зачет проводится в

три этапа: I этап - решение заданий в тестовой форме; II этап – собеседование, решение ситуационных задач; III этап – практические навыки.

### **III. Учебная программа дисциплины**

#### **1. Содержание дисциплины**

##### **1. Организация акушерской помощи. Диагностика беременности.**

###### **Методы исследования в акушерстве.**

1.1. Организация работы женской консультации и роддома.

1.2. Алгоритм диагностики беременности. Определение срока беременности. Методы исследования в акушерстве.

1.3. Диспансерное наблюдение за беременными. Задача врача-стоматолога при обследовании беременных.

##### **2. Родовые пути, плод и его размеры. Клиническое течение и ведение родов.**

2.1. Родовые пути, строение головки плода, ее размеры.

2.2. Клиника периодов родов. Принципы ведения физиологических родов в зависимости от периода. Пособия при головных предлежаниях. Биомеханизм родов в затылочных предлежаниях.

##### **3. Аномалии родовой деятельности. Тазовое предлежание плода.**

3.1. Формы аномалий родовой деятельности. Методы коррекции родовой деятельности и профилактики ее аномалий.

3.2. Методы диагностики, ведение беременности и пособия при тазовом предлежании. Показания к кесаревому сечению, профилактика осложнений.

##### **4. Ранние гестозы. Преэклампсия.**

4.1. Классификация ранних гестозов, клиника, методика обследования, принципы лечения, неотложная помощь и профилактика.

4.2. Классификация, клиника, диагностика артериальной гипертензии у беременных. Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.



## **5. Кровотечения во время беременности, в родах в последовом и раннем послеродовом периоде.**

5.1. Классификация причин кровотечений во время беременности и в родах. Клиника и дифференциальная диагностика. Неотложная помощь, методы родоразрешения, профилактика.

5.2. Клиника, диагностика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Алгоритм лечебных мероприятий. Профилактика акушерских кровотечений.

## **6. Узкий таз. Операция кесарево сечение. Родовой травматизм матери и плода.**

6.1. Анатомический и клинически узкий таз. Классификация, методы диагностики, ведения родов и профилактики осложнений.

6.2. Виды кесарева сечения. Абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.

6.3. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика родового травматизма матери и плода.

**1. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные работы	практические занятия, клинические практические занятия	экзамен/зачет				ОК-4	ОК-7	ОПК-4		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.													
1.1.	-			1		1	1	2	+		+	Р, Э	Т, КР, С
1.2.	2			2		4	2	6	+		+	Тр, Л, ЛВ	Т, Пр, КР, С
1.3.	-			1		1	1	2	+		+	Тр, ИА	Т, КР, КЗ, С
2.													
2.1.	1			4		5	1	6	+		+	Л, Тр, Р, ИА, Э	Т, КР, Пр, С
2.2.	1			4		5	2	7	+	+	+	Л, УИРС, Р, Э	Т, КР, Пр, КЗ, ЗС, С
3.												Л, Тр, Р	Т, КР, КЗ, Р, ЗС, С
3.1	1			4		5	1	6	+	+	+		
3.2.	1			4		5	1	6	+	+	+	Л, Тр, УИРС	Т, Пр, КР, ЗС
4.													
4.1.	1			4		5	1	6	+	+	+	Л, УИРС, КС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
4.2	1			4		5	2	7	+	+	+	Л, КС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
5.													
5.1	1			2		3	2	5	+	+	+	Л, КС, УИРС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
5.2.	1			2		3	2	5				Л, КС, УИРС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С

6.													
6.1.	-			2		2	1	3	+	+	+	Л, КС, УИРС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
6.2.	-			2		2	1	3	+	+	+	Л, КС, УИРС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
6.3.	2			4		6	2	8	+	+	+	Л, КС, УИРС, Р	Т, КР, ЗС, Р, С
Зачет							2	2	+	+	+		
ИТОГО:	12			40		52	20	72					

**Примеры образовательных технологий, способов и методов обучения (с сокращениями):** традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (КС), интерактивных атласов (ИА), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), экскурсия (Э).

**Примерные формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости (с сокращениями):** Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.

**IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)**

**1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости**

**А. Примеры заданий в тестовой форме:**

**1. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

**ХАРАКТЕРНЫ:**

1. боли в животе
2. геморрагический шок
3. изменение сердцебиения плода
4. изменение формы матки
5. все выше, перечисленное

**2. ПРИ ЭНДОМЕТРИТЕ НЕ ИМЕЕТ МЕСТА:**

1. субинволюция матки
2. болезненность при пальпации
3. сукровично-гнойные выделения
4. серозно-слизистые выделения
5. снижение тонуса матки

**3. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:**

1. отношение оси плода к длиннику матки
2. отношение спинки плода к боковой стенке матки
3. отношение конечностей и головки к туловищу
4. отношение предлежащей части ко входу в малый таз

**4. ЧТО ОТРИЦАЕТ СТАДИЮ «АБОРТ В ХОДУ»?**

1. схваткообразные боли внизу живота;
2. кровянистые выделения из половых путей;
3. укорочение, размягчение шейки матки;
4. плотная шейка матки, зев закрыт;

5. наличие элементов плодного яйца в цервикальном канале.

**5. ПРЕЭКЛАМПСИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТ ВСЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:**

1. отслойку клетчатки;
2. преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты;
3. острую почечную недостаточность;
4. язвенную болезнь;
5. синдром задержки роста внутриутробного плода.

**Эталоны ответов:** 1 – 5; 2 – 4; 3 – 1; 4 – 4; 5 – 4.

**Критерии оценки тестового контроля.**

**В зависимости от количества правильных ответов выставляется следующая оценка:** менее 70% -«неудовлетворительно»

70-80% - «удовлетворительно»

81-95% - «хорошо»

96-100% - «отлично»

**Б. Примеры контрольных вопросов для собеседования:**

1. Порядок определения временной нетрудоспособности по беременности и родам при физиологической беременности и родах.
2. Алгоритм мероприятий при первичной слабости родовой деятельности.
3. Классификация артериальной гипертензии у беременных.
4. Алгоритм неотложной помощи в случае эклампсии.
5. Алгоритм неотложных мероприятий при кровотечении в раннем послеродовом периоде.

**В. Примеры ситуационных задач:**

**ЗАДАЧА №1**

Беременная 29 лет, срок беременности 37-38 недель. Жалобы на кровянистые выделения из влагалища яркого цвета, появившиеся на фоне

полного благополучия, в покое. В анамнезе были 1 роды срочные и 4 аборта без видимых осложнений, последний аборт 1,5 года назад. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Т - 36,0°C. Ps - 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД - 105/60 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Со стороны сердца, легких патологии не выявлено. Матка в нормальном тоне, безболезненная. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин. Из родовых путей умеренные кровянистые выделения яркого цвета со сгустками. Воды не изливались. Общая кровопотеря около 100 мл. ОЖ - 100 см. ВСДМ - 34 см. Размеры таза 24-26-29-21 см.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие данные необходимы для уточнения диагноза?
4. Диагноз.
5. Тактика и ее обоснование.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Предлежание плаценты с кровотечением.
2. 1) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; 2) с разрывом матки; 3) с разрывом варикозно-расширенных узлов вен влагалища; 4) с разрывом шейки матки; 5) с разрывом сосудов пуповины при оболочечном прикреплении
3. Влагалищное исследование при развернутой операционной, ультразвуковая фето-плацентометрия.
4. Беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты с кровотечением. Поперечносуженный таз I ст. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
5. При влагалищном исследовании уточнить вид предлежания плаценты. При неполном предлежании - произвести амниотомию и вести роды

консервативно, если прекратится кровотечение, в случае продолжающегося кровотечения - произвести операцию кесарево сечение. При выяснении полного (центрального) предлежания плаценты - показано кесарево сечение (абсолютное показание).

## **ЗАДАЧА №2**

Первородящая 28 лет, поступила с регулярными интенсивными схватками, начавшимися 6 часов тому назад. Беременность II-я, доношенная. Первая беременность 3 года тому назад закончилась внебольничным абортom в сроке 14 недель, который осложнился эндометритом. Размеры таза 25-28-30-20 см. Предлежит головка малым сегментом в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 ударов в мин. Через 5 часов после поступления произошли роды живым доношенным плодом массой 3200,0. Через 15 мин после рождения ребенка: признаки отделения плаценты отрицательные, кровотечение из половых путей со сгустками в объеме 350 мл. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы влажные, обычного цвета. Пульс - 90 уд/мин, АД - 105/60 мм.рт.ст.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какая вероятная причина привела к кровотечению?
4. Тактика врача.
5. Профилактика кровотечений в родах?

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Третий период родов. Плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.
2. С кровотечением обусловленного травмами родовых путей, нарушением свертывающей системы крови, гипотонией матки.
3. Вероятно имеет место неполное прикрепление плаценты - плотное прикрепление или истинное приращение.

4. 1) начать инфузионную терапию; 2) дать наркоз; 3) произвести ручное отделение плаценты, если имеется плотное прикрепление и выделение последа. При выявлении истинного приращения плаценты необходимо произвести экстирпацию матки без придатков
5. Роды проводить с постоянным внутривенным катетером. В конце II периода родов ввести внутривенно медленно (за 10-15 минут) 5 единиц окситоцина. В III периоде родов необходимо произвести катетеризацию мочевого пузыря.

### **ЗАДАЧА №3**

Роженица 25 лет поступила в родильный дом для родоразрешения с начавшейся 5 часов тому назад родовой деятельностью. Схватки по 30-35 сек через 4-5 минут средней силы. В анамнезе у пациентки: детские инфекции, отставала в росте и развитии в детстве. Рост 154 см, вес 62 кг. За беременность прибавила 8,5 кг. Имеется «квадратный» череп, четкообразное утолщение в области ребер, искривление конечностей по типу genu varum. ВДМ - 38 см, ОЖ - 98 см. Живот остроконечной формы. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Размеры таза: 26-26-30-17,5 см. Ромб Михаэлиса: уплощение верхнего треугольника. При влагалищном исследовании определено открытие шейки матки 5 см. Головка плода над входом в малый таз. Мыс достигнут, диагональная конъюгата 10,5 см. Через 6 часов излились околоплодные воды, открытие шейки матки полное, родовая деятельность бурная, головка прижата к входу в малый таз. Поведение роженицы беспокойное. Контракционная борозда на уровне пупка, нижний сегмент матки резко болезнен. Признаки Вастена и Цангемейстера положительные. Сердцебиение плода ухудшилось, глухое, ритмичное, 164 уд. в мин, урежается после каждой потуги до 90 уд. в мин.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**



1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Факторы риска аномального строения таза.
4. Классификация разновидностей аномального (узкого) таза.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Лечение. Неотложные мероприятия.
7. Профилактика клинически узкого таза.
8. Перечислите виды наиболее распространенных лапаротомных разрезов при операции кесарево сечение.
9. Наиболее типичные локализации неполных разрывов матки и объем оперативного лечения при них.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. При подготовке к родоразрешению – рентгенопельвиометрия, ультразвуковая фетометрия.
2. II период первых срочных родов. Плоскорихитический таз I степень сужения. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода.
3. Нарушения полового созревания девочки. Экстрагенитальные заболевания, алиментарно-метаболические расстройства и эндокринопатии.
4. По форме сужения (часто встречающиеся и редко встречающиеся), по степени сужения таза.
5. Дифференциальный диагноз между различными формами сужения таза производится на основании сопоставлении размеров таза и особенностей биомеханизма родов в зависимости от формы и степени сужения таза матери.
6. Выключение родовой деятельности (наркоз). Экстренное абдоминальное родоразрешение.
7. Выделение групп риска по возможному клинически узкому тазу,

тщательное клиническое обследование таза матери с привлечением в ряде случаев рентгенопельвиометрии. Правильная и всесторонняя оценка предполагаемой массы и характера подлежащей части плода. Своевременное и рациональное планирование родоразрешения.

8. Нижнесрединная лапаротомия, поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю, разрез в модификации операции по Джоел-Коену и Старку.
9. Локализация в нижнем маточном сегменте. Объем оперативного лечения предусматривает удаление матки. Однако в редких случаях при относительной целостности краев разрыва (в т.ч. отсутствия выраженной гематомы в месте разрыва), с учетом особенностей топографии разрыва на матке и относительно органов малого таза, объема кровопотери, квалификации хирурга, паритета и возраста пациентки возможно восстановление целостности матки путем ушивания места разрыва.

**Критерии оценки при ответе на контрольные вопросы для  
собеседования и решении ситуационных задач:**

**«отлично»** – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по современной номенклатуре, назначает правильное лечение.

**«хорошо»** – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, решает ситуационную задачу, делает несущественные ошибки при обосновании или формулировке диагноза и/или назначении обследования и лечения.

**«удовлетворительно»** – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки в постановке диагноза и/или назначении лечения, но справляется с ответом по оказанию неотложной помощи.

**«неудовлетворительно»** – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз.

### **Г. Темы рефератов:**

1. Инструментальные и лабораторные методы исследования в диагностике беременности разных сроков.
2. Современные методы обезболивания родов.
3. Анемия и беременность.
4. Современные взгляды на ведение родов при тазовых предлежаниях.
5. Грудное вскармливание как основа будущего здоровья ребенка.
6. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности в современном акушерстве.
7. Методы диагностики и терапии гипоксии плода в акушерстве.
8. Магнезиальная терапия при преэклампсии с позиции доказательной медицины.
9. Современные способы родоразрешения при истинно переносенной беременности.
10. Родовой травматизм матери и плода при узком тазе.
11. Отдаленные осложнения кесарева сечения.
12. Предлежание плаценты.

### **Критерии оценки рефератов:**

**«отлично»** - при написании всех разделов в полном соответствии с требованиями по раскрытию темы излагаемой проблемы;

**«хорошо»** - при качественном выполнении работы, при некотором формальном отношении к изложению и/или оформлению текстовой части;

**«удовлетворительно»** - работа представлена и написана с некоторыми упущениями в описательной части, недостаточной проработкой материала и использования устаревших данных по излагаемой проблеме;

**«неудовлетворительно»** - работа представлена и написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям по разрабатываемой теме и/или является механически заимствованной в полном или почти полном объеме со стороннего ресурса.

**Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Пособия при головных предлежаниях при доношенной беременности.
4. Пособие по Цовьянову при ножном предлежании.
5. Пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании.
6. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.
7. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
8. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании.
9. Осмотр последа.
10. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде
11. Определение срока беременности.

**Критерии оценки выполнения практических навыков:**

Для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости оценка по принципу – зачтено / не зачтено.

**2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен).**

По окончании 8 семестра предусмотрено проведение зачета. Промежуточная аттестация осуществляется по трехэтапной системе:

**I этап** - решение заданий в тестовой форме (тестовые задания по разделам акушерства, утверждены на кафедре и ЦКМС: <http://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>);

**II этап** – собеседование - решение ситуационных задач, предлагаются для решения 2 задач (ознакомление с задачами проводится на практических занятиях, примеры ситуационных задач представлены в методических рекомендациях кафедры и на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом»);

**III этап** – практические навыки (освоение практических навыков проводится на практических занятиях, перечень практических навыков представлен на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом»).

#### **А. Примеры заданий в тестовой форме:**

**1. БЕРЕМЕННАЯ 24 ГОДА, ПОСТУПИЛА ПАЛАТУ ПАТОЛОГИИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 38 НЕДЕЛЬ. МАССА ТЕЛА 70 КГ, РОСТ - 160 СМ. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 110 СМ, ВЫСОТА ДНА МАТКИ - 45 см. ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ТРИ КРУПНЫЕ ЧАСТИ, МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ. ВАШ ДИАГНОЗ?**

1. Беременность 38 недель. Крупный плод.
2. Беременность 38 недель. Многоводие.
3. Беременность 38 недель. Ожирение.
4. Беременность 38 недель. Многоплодие.
5. Беременность 38 недель. Миома матки.

**2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЭКЛАМПСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:**

1. во время родов;
2. во время беременности;
3. в послеродовом периоде;
4. все ответы правильные;
5. правильного ответа нет.

**3. ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ:**

1. во втором триместре беременности
2. в третьем триместре беременности

3. при доношенной беременности
4. при влагалищном исследовании в родах

**4. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. гипотония матки
2. перерастяжение матки
3. наличие миоматозных узлов
4. наличие добавочного рога
5. имбибиция стенки матки кровью

**5. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. частоту сердцебиения
2. частоту дыхания
3. состояние зрачков
4. мышечный тонус
5. цвет кожных покровов

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:** 1 – 4; 2 – 1; 3 – 4; 4 – 5; 5 – 3.

**Критерии оценки по этапу решений тестовых заданий (оценивается по числу правильных ответов):** менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - "удовлетворительно"

81-95% - "хорошо"

96-100% - "отлично"

**Б. Примеры ситуационных задач:**

**ЗАДАЧА №1**

Роженица О., 36 лет, поступила в роддом в 10 час с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью с 5 часов утра.

Экстрагенитальной патологии не выявлено. Беременность Ш-я, протекала без осложнений (масса плодов 3900,0 и 4100,0). Рост 166 см, масса тела - 82 кг, размеры таза-26-28-31-20,5 см. ВСДМ-43 см, ОЖ- 100 см. Схватки через 3-4 мин по 40 сек. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата во входе в малый таз. Между затылком и спинкой определяется острый угол. С/биение плода лучше прослушивается со стороны мелких частей, ясное, ритмичное, 130 ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см, края тонкие, мягкие, хорошо растяжимые во время схватки. Плодный пузырь цел. Через оболочки определяется личико плода, лоб - слева и сзади, подбородок - справа и спереди. Мыс не достигается.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. В чём заключается врачебная тактика? Какой вид лицевого предлежания является показанием к кесареву сечению?
4. Перечислите виды асинклитических вставлений головки плода.
5. Основные особенности лапаротомии и техники операции в модификации Старка и Джоел-Коена.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Ультразвуковое исследование.
2. I период III-их срочных родов. Лицевое предлежание плода, задний вид. Крупный плод. Ожирение I ст. Диагноз установлен на основании данных наружного акушерского исследования и влагалищного исследования при определении расположения плода в матке, вида, позиции и характера предлежащей части.
3. Кесарево сечение. Задний вид лицевого предлежания плода.
4. Передний асинклитизм (предлежит передняя теменная кость, стреловидный шов отклонен к крестцу), задний асинклитизм (предлежит

задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен к лону).

5. Разрез выше (не травмируются поверхностный подчревный сосудисто-нервный пучок), разведение подкожно-жировой клетчатки и вскрытие под ней апоневроза (в модификации), тупое разведение париетального листка брюшины. Ушивание матки восьмиобразными отдельными викриловыми швами. Наложение швов на апоневроз (в модификации) и далее на кожу.

### **ЗАДАЧА №2**

Беременная 29 лет, срок беременности 32 недели. В анамнезе гипертоническая болезнь и сахарный диабет у матери. Страдает хроническим пиелонефритом. Бесплодие в течение 10 лет, забеременела после индукции овуляции. Рост 160 см, вес 89 кг. При поступлении отеки голеней, кистей рук, АД 150/90 мм рт.ст., суточная протеинурия - 1 г/л, осадок мочи нормальный. По данным доплерометрии сосудов фето-плацентарного комплекса отмечено нарушение кровотока в маточной артерии на стороне плацентации. В условиях стационара начато лечение. Однако в течение 3-х дней отмечено увеличение АД до 160/100 – 170/110 мм рт.ст., суточная протеинурия составила 5 г/л, в осадке мочи – гиалиновые и зернистые цилиндры, появились генерализованные отеки.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование (на момент поступления).
3. Классификаций гипертензии у беременных.
4. Лечение, тактика родоразрешения.
5. Дайте классификацию гипотензивных препаратов, разрешенных для применения у беременных.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Коагулограмма, биохимический анализ крови, кардиотахография и доплерометрия сосудов фето-плацентарного комплекса.
2. Беременность 32 недели. Гипертензия, вызванная беременностью без



значительной протеинурии. Ожирение I степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

3. Классификация по Международной классификации болезней X пересмотра; Российская; Американской ассоциации акушеров-гинекологов.
4. Родоразрешение через естественные родовые пути, кесарево сечение, оперативное влагалищное родоразрешение. При недоношенном сроке - профилактику РДСН. При незрелых родовых путях - подготовка простагландинами. Гипотензивные, противосудорожные (магнезиальная терапия), успокаивающие препараты. Средства, направленные на улучшение перфузии органов и тканей и коррекцию метаболических расстройств в системе мать-плацента-плод.
5. Метилдопа. Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин). Бета-адрено-блокаторы (бисопролол). Центральные альфа-адреномиметики (клофелин).

### **ЗАДАЧА №3**

Первородящая 18 лет, незамужняя, беременность не планируемая, на учет по беременности взята в сроке 24 недель, подготовку к родам не прошла, роды начались на 39 нед. беременности.

Поведение беспокойное, паническое. По внутренним органам патологии не выявлено. В родах 8 часов. Воды не изливались. Схватки по 35-55 секунд через 2-5 мин, разной силы, имеется гипертонус нижнего сегмента матки, головка плода низко подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 144/150 ударов в мин.

При влагалищном исследовании выявлено: наружные половые органы развиты правильно, исследование затруднено из-за спазма мышц промежности, шейка сглажена, плотная, края толстоватые, при схватки уплотняется еще больше, открытие вне схватки 4 см, во время схватки 2-3 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка над входом в

малый таз. Малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Костный таз без патологии, мыс не достигнут.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Диагноз, его обоснование.
2. Что способствовало развитию патологии сократительной функции матки у данной роженицы?
3. Составьте план ведения родов с учетом возможных осложнений.
4. Перечислите фазы первого периода родов.
5. Какой темп раскрытия шейки матки в первом периоде родов по фазам считается нормальным?
6. Что означает правило two hour rule (правило 2-х часов) в акушерстве?
7. Какую роль играет психологическая поддержка роженицы?
8. Какие особенности имеют роды у юных первородящих?

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. I период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 38-39 недель. Дискоординированная родовая деятельность по типу гипертонуса нижнего сегмента матки и функциональной дистоции шейки матки. Юная первородящая.  
Вид аномалии родовой деятельности установлен по данным гистерографии, партограммы.
2. Нарушению сократительной функции матки способствовали хронический стресс во время беременности и отсутствие подготовки к родам.
3. В плане родов – седативная, спазмолитическая терапия, медикоментозный сон-отдых, для улучшения маточно-плацентарного кровотока – β-адреномиметиками, перидуральная анестезия.
4. а) латентная фаза (до 4 см); б) фаза ускорения (4 - 8 см); в) фаза замедления ( до полного раскрытия шейки матки).
5. В латентной фазе сглаживание и раскрытие шейки матки от 0.3 до 0.5 см/час, в фазе ускорения от 1.5 см до 2.0 см/ч, в фазе замедления от 1.0

до 1.5 см/ч.

6. Правило двух часов означает, что во втором периоде родов предлежащая часть не должна находиться в одной плоскости более 2-х часов и продолжительность 2-го периода не должна превышать 2-х часов.
7. Психологическая поддержка во время беременности и в родах способствует формированию и функционированию матриц репродуктивного поведения, формирует доминанту родов и благоприятное течение родового процесса.
8. У юных первородящих роды чаще осложняются аномалиями родовой деятельности и акушерскими кровотечениям.

**Критерии оценки по этапу решения ситуационных задач (оценка  
выставляется за каждую из двух ситуационных задач):**

**«отлично»** – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по современной номенклатуре, назначает правильное лечение. Исчерпывающий ответ на дополнительные вопросы, включая смежные специальности.

**«хорошо»** – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, решает ситуационную задачу, делает несущественные ошибки при обосновании или формулировке диагноза и/или назначении обследования и лечения. Полный ответ на дополнительные вопросы базового уровня.

**«удовлетворительно»** – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки в постановке диагноза и/или назначении лечения. Неполный ответ и ответ с ошибками на дополнительные вопросы базового уровня.

**«неудовлетворительно»** – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать

заболевание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

### **В. Примеры заданий по практическим навыкам:**

#### **ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.**

##### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Произвести влагалищное исследование с целью выявления готовности тканей родового канала к родоразрешению, уточнения вида тазового предлежания и убеждения в отсутствии выпадения петли пуповины
2. Ввести подкожно роженице раствор Атропина 0,1% - 1,0 мл
3. При прорезывании ягодиц захватить их обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бёдра плода, а остальные пальцы - на поверхности крестца.
4. По мере рождения туловища держать руки у вульварного кольца, придерживать корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке.
5. При рождении плечевого пояса плода направить ягодицы плода несколько на себя для облегчения рождения передней ручки.
6. Приподнять плод для облегчения рождения задней ручки.

#### **ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ХОД ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО КОНТРОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ.**

##### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Сложить пальцы рук в «кисть акушера»
2. Развести левой рукой половые губы роженицы
3. Ввести правую руку во влагалище
4. Показать положение руки, находящейся на передней брюшной стенке
5. Рукой, находящейся в полости матки, провести ревизию стенок матки
6. Руку, сложенную в «кисть акушера», вывести из матки

### **ЗАДАНИЕ 3. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.**

#### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Расположить плод спинкой кзади
2. Головку вставить во вход в таз в согнутом положении
3. Стреловидный шов расположить в правом косом размере входа в таз, малый родничок вправо кзади
4. Максимально согнуть головку (проводная точка – малый родничок)
5. Повернуть головку плода, при этом малый родничок должен быть повернут кзади (внутренний поворот головки)
6. Головку фиксировать у лонной дуги передним краем большого родничка или же границей волосистой части лба
7. Головку фиксировать подзатылочной областью у копчика и затем высвободить из-под лонной дуги лобик, личико, подбородок плода (максимальное разгибание головки)
8. Повернуть головку личиком к левому бедру матери.

#### **Критерии оценки по этапу оценки практических навыков:**

Оценка по этому этапу осуществляется по принципу зачтено / не зачтено.

#### **Итоговая оценка при промежуточной аттестации:**

По итогам зачета (8 семестр) оценка осуществляется по принципу зачтено / не зачтено.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **а). Основная литература:**

1. Акушерство [Текст] : учебник / Г. М. Савельева [и др]. – Москва : ГЭОТАР-мед, 2009. – 656 с.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство [Текст] : учебник / Э. К. Айламазян. – 9-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-мед, 2015. – 704 с.
3. Гинекология [Текст] : учебник / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. – Москва : ГЭОТАР-мед, 2014 – 432 с.

#### Электронные ресурсы :

1. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - ml<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.ht>.
2. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Г. М. Савельева [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html>.

#### **б). Дополнительная литература:**

1. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Текст] : руководство / ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2013. - 384 с.
2. Акушерство и гинекология [Текст] : клинические рекомендации / ред. Г. М. Савельева, В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. – 4 - е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1011 с.
3. Акушерство [Текст] : национальное руководство / ред. Г. М. Савельев [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1088 с.

### Электронные ресурсы :

1. Клинические лекции по акушерству [Электронный ресурс] / ред. Ю. Э. Доброхотова, О. В. Макаров. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442951.html>.

### **2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине :**

1. Акушерская клиника [Текст]. Часть I : Физиологическое акушерство и пограничные с патологией состояния : учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ю. В. Раскуратов [и др.]. – Тверь : ТГМА, 2012. – 240 с.
2. Акушерская клиника [Текст]. Часть II : Акушерская патология : учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ю. В. Раскуратов [и др. ]. – Тверь : ТГМА, 2012. – 236 с.
3. Акушерская клиника [Текст]. Часть III : Оперативное акушерство с фантомным курсом : учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов : видеофильм (50 видеосюжетов)/ Ю. В. Раскуратов [и др.]. – Тверь : ТГМА, 2012. – 31 с.

### **3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

#### **Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

1. Стандарты медицинской помощи:  
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;
2. Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));
3. Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));

4. Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov));
5. Доступ к базам данных POLPRED ([www.polpred.ru](http://www.polpred.ru));
6. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного мед. университета им. И.М. Сеченова (<http://www.emll.ru/newlib/>);
7. Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru/>);
8. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России (<http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>);
9. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации (<http://www.rosminzdrav.ru/>);
10. Российское образование. Федеральный образовательный портал. (<http://www.edu.ru/>);

**4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

**4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

**4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));



2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru);

**5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.**

(см. Приложение № 2)

**VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

(см. Приложение № 3)

**VII. Научно-исследовательская работа студента**

Научно-исследовательская работа студентов при изучении дисциплины заключается: изучении специальной литературы и другой научной информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки; участие в проведении научных исследований; осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научной информации по теме (заданию); составление отчёта (раздела отчёта) по теме или её разделу; подготовка и выступление с докладом на конференции; подготовка к публикации статьи и тезисов.

**Фонды оценочных средств**

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**

**для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ОК-4 Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1. ЧТО ОТРИЦАЕТ СТАДИЮ «АБОРТ В ХОДУ»?
  - а) схваткообразные боли внизу живота;
  - б) кровянистые выделения из половых путей;
  - в) укорочение, размягчение шейки матки;

- г) плотная шейка матки, зев закрыт;
  - д) наличие элементов плодного яйца в цервикальном канале.
2. ДЛЯ УГРОЖАЮЩЕГО ТИПИЧНОГО (МЕХАНИЧЕСКОГО) РАЗРЫВА МАТКИ ХАРАКТЕРНО, КРОМЕ:
- а) бурные, чрезмерно болезненные схватки;
  - б) перерастяжение нижнего сегмента матки;
  - в) смещение матки от средней линии живота и притупление над параметриями;
  - г) отёк шейки матки, влагалища;
  - д) положительные признаки Вастена и Цангемейстера
3. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В СЛУЧАЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ:
- а) высокое стояние предлежащей части плода;
  - б) гипертонус матки;
  - в) повышенная возбудимость матки;
  - г) поперечные и косые положения плода;
  - д) гибель плода с появлением кровянистых выделений из влагалища.
4. К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
- а) нарушение менструальной функции;
  - б) вторичное бесплодие;
  - в) остатки плодного яйца;
  - г) невынашивание последующих беременностей;
  - д) кровотечения при последующих беременностях и родах.
5. ДЛЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
- а) кровотечение из матки;
  - б) наличие раннего и позднего гестоза;
  - в) высокий уровень хорионического гонадотропина;
  - г) наличие увеличенных яичников;
  - д) отставание величины матки от срока беременности.
6. ПРЕЭКЛАМПСИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТ ВСЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:
- а) отслойку клетчатки;
  - б) преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты;
  - в) острую почечную недостаточность;
  - г) язвенную болезнь;
  - д) синдром задержки роста внутриутробного плода.
7. РАЗВИТИЮ ДВС-СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ СПОСОБСТВУЮТ:
- а) длительное нахождение в полости матки мертвого плода;
  - б) токсико-инфекционный шок;
  - в) эмболия околоплодными водами;
  - г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
  - д) все выше перечисленное.
8. ПРОГНОЗ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
- а) повышением уровня непрямого билирубина;

- б) повышением уровня прямого билирубина;
  - в) этиологией гемолитической болезни;
  - г) степенью зрелости ребенка;
  - д) всем выше перечисленным.
9. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ РОМБА МИХАЭЛИСА ПОЛУЧЕНО: ВЕРТИКАЛЬНЫХ РАЗМЕР – 12 СМ, ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ – 9 СМ. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ТАЗА ЭТО ХАРАКТЕРНО?
- а) общеравномерносуженного;
  - б) плоского;
  - в) воронкообразного;
  - г) поперечно-суженного;
  - д) кососуженного.
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЭКЛАМПСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:
- а) во время родов;
  - б) во время беременности;
  - в) в послеродовом периоде;
  - г) все ответы правильные;
  - д) правильного ответа нет.
11. ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ:
- а) во втором триместре беременности
  - б) в третьем триместре беременности
  - в) при доношенной беременности
  - г) при влагалищном исследовании в родах
12. ПРИЗНАКИ ЗАПУЩЕННОГО ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НЕ ВКЛЮЧАЮТ:
- а) подвижность плода
  - б) перерастяжение нижнего сегмента
  - в) отсутствие плодного пузыря
  - г) выпадение ручки плода
  - д) симптомы внутриутробной гипоксии плода
13. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ:
- а) симптомы интоксикации
  - б) субинволюцию матки
  - в) мягкую консистенцию и болезненность матки при пальпации
  - г) характер лохий, не соответствующий дню послеродового периода
  - д) все перечисленное
14. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ПОРОКОМ СЕРДЦА:
- а) диагностика формы порока
  - б) выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
  - в) диагностика ревматизма и степени его активности
  - г) выявление сопутствующих осложнений
  - д) все указанное в п. “а”–”г”
15. ШКАЛА АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ:

- а) массы и длины тела новорожденного
- б) цвета кожных покровов
- в) состояния нервных рефлексов
- г) частоты сердцебиения и дыхания новорожденного
- д) мышечного тонуса

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ: 1 - г, 2 - в, 3 - б, 4 - в, 5 - д, 6 - г, 7 - д, 8 - а, 9 - г, 10 - а, 11 - г, 12 - а, 13 - д, 14 - д, 15 - а.

**- Контрольные вопросы:**

1. Тазовое предлежание плода. Классификация. Методы диагностики.
2. Самопроизвольный аборт, причины. Классификация, стадии течения самопроизвольного аборта.
3. Преждевременные роды, этиологические факторы. Современная классификация в зависимости от гестационного срока.
4. Перенашивание беременности. Признаки «зрелости» шейки матки и современные методы диагностики готовности к родам.
5. Ранние токсикозы беременных (ранняя рвота беременных). Классификация ранних гестозов (ранней рвоты беременных), клиника, методика обследования.
6. Преэклампсия (гестоз). Современная классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных.
7. Аномалии родовой деятельности. Формы аномалий родовой деятельности, осложнения для матери и плода. Партограмма, методы и критерии диагностики аномалий родовой деятельности.
8. Понятие об анатомически узком тазе, клинически или функционально узком тазе, современная классификация, осложнения для матери и плода. Методы диагностики функционально узкого таза.
9. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве.
10. Формы родового травматизма матери. Клиника, диагностика родового травматизма матери. Разрыв матки.

11. Родовой травматизм плода. Классификация, клиника и диагностика различных форм родовых травм новорожденного.
12. Кровотечения во время беременности в I и II периодах родов. Причины кровотечений во время беременности и в родах, классификация форм в зависимости от гестационного срока и связи с беременностью.
13. Предлежание плаценты. Классификация форм, причины возникновения, клиника, диагностика во время беременности и в родах.
14. Преждевременная отслойки нормально расположенной плаценты. Предрасполагающие факторы, классификация, клиника во время беременности и в родах.
15. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Классификация, клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
4. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании.
5. Осмотр последа.
6. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде
7. Определение срока беременности.
8. Диагностика 30-и недельной беременности.
9. Ведение медицинской документации беременных.

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ  
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОСМОТРА ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ И  
ВЛАГАЛИЩНОГО БРЮШНОСТЕНОЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Использовать створчатые зеркала. Перед введением зеркала во влагалище развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
2. Створчатое зеркало ввести сомкнутым до сводов влагалища, а затем раскрыть его, обнажая шейку матки.
3. Перед влагалищным брюшностеночным исследованием развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
4. Во влагалище ввести II и III пальцы правой руки, завести их в задний свод, а левой рукой пальпировать брюшную стенку.
5. Пальпировать шейку матки. Перемещая пальцы в боковые своды влагалища, пальпировать придатки матки. Исследовать состояние сводов влагалища.

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ БИОМЕХАНИЗМ  
РОДОВ ПРИ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый момент - внутренний поворот ягодиц.
2. Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.
3. Третий момент - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.
4. Четвёртый момент - боковое сгибание шейногрудной части позвоночника.
5. Пятый момент - внутренний поворот головки.
6. Шестой момент - сгибание головки и её прорезывание: над промежностью последовательно выкатываются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода.

**ЗАДАНИЕ 3. ПРОВЕДИТЕ И ПОЯСНИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ  
ОСМОТРА РОДОВЫХ ПУТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ  
ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Обработка наружных половых органов антисептическим раствором, осмотр состояния промежности и вульварного кольца.
2. Использовать ложкообразное зеркало и подъемник. Перед введением зеркала во влагалище развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
3. Зеркало и подъемник ввести до сводов влагалища, обнажить шейку матки.
4. Последовательный осмотр шейки с использованием окончатых зажимов.
5. Осмотр стен влагалища и выведение зеркал.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

**ЗАДАЧА №1**

П., 35 лет, поступила в роддом через 13 часов от начала родовой деятельности. Бесплодие в течение 12 лет. Беременность 1-ая, доношенная, протекала без осложнений. Рост 158 см, вес 88 кг. Размеры таза: 25-28-30-18 см. Окружность живота (ОЖ) 110 см, высота стояния матки (ВДМ - 40 см). Схватки через 5-7 мин, по 25-30 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 126 уд в 1 мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 4 см, края тонкие, умеренно податливые. Плодный пузырь цел, умеренно наливается во время схватки.

Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не деформирован.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Факторы риска аномалий родовой деятельности.
4. Классификация аномалий родовой деятельности.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Перечислите фазы партограммы, укажите скорость раскрытия шейки матки в каждую из них у первородящих женщин.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Токография, ведение партограммы.
2. I-ый период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании. Первые роды в 35 лет. Первичная слабость родовой деятельности. Простой плоский таз I степени сужения. Крупный плод. Ожирение II степени.
3. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности, аномалии костного таза, экстрагенитальные заболевания.
4. Отечественная классификация, классификация по Фридману, по Международной классификации заболеваний 10 пересмотра.
5. Дифференциальный диагноз основан на оценке факторов риска аномалий родовой деятельности, клинической картине течения родов, данных токографии и результатов партограммы, оценке состояния плода.
6. Латентная фаза (0 – 4 см) (скорость примерно 0,5 см/ч), фаза ускорения (4 – 8 см) (2 см/ч), фаза замедления (8 – 10 см) (1 см/ч).

#### **ЗАДАЧА №2**



Беременная 18 лет, поступила в родовой блок в связи с началом родовой деятельности при беременности 37 недель, осложненной гипертензией вызванной беременностью без значительной протеинурии.

АД до 160/90 мм.рт.ст., в анализе мочи протеинурия 0,099 г/л (1,0 г в сутки). Состояние при переводе в родовой блок оценено как удовлетворительное. АД - 140/90 мм.рт.ст. Пульс 80 уд. в 1 мин. Схватки по 30 сек через 3-4 мин, средней интенсивности.

1-й период продолжался 4 часа. В связи с резким ухудшением состояния плода второй период родов укорочен эпизиотомией и операцией наложения выходных акушерских щипцов под наркозом. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа, контрольное обследование полости матки. Вместе с последом выделилось около 300 мл крови с рыхлыми сгустками. Матка цела, сократилась. После ушивания промежности, через 20 мин. после родов, родильница пожаловалась на чувство давления на прямую кишку и область промежности. При осмотре по левой стенке влагалища определяется тугоэластичное пульсирующее образование. Кровотечение из половых путей без сгустков, жидкая.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Этиология и патогенез данных осложнений. Факторы риска.
4. Классификация причин кровотечения в раннем послеродовом периоде.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Опишите компоненты маточного послеродового гемостаза.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Коагулограмма, тромбоэластограмма, экспресс-тест в пробирке.
2. Ранний послеродовый период. Раннее послеродовое кровотечение. Гематома стенки влагалища. ДВС-синдром, стадия гипокоагуляции.

3. Истощение прокоагуляционного потенциала крови. Относительное преобладание антикоагулянтов. Неконтролируемый системный тромболизис. Факторы риска: преэклампсия и ее осложнения, аномалии прикрепления плаценты, внутриутробные инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, крови, эндокринопатии.
4. Гипотония и атония матки, травмы мягких родовых путей, дефект последа, нарушения системы гемостаза (врожденные, ДВС-синдром).
5. Дифференциальный диагноз проводится на основании клинической картины кровотечения, состояния матки, осмотра последа и мягких родовых путей, коагулологического исследования.
6. Маточный компонент, сосудистый и коагуляционный (внешний и внутренний путь).

## Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ОК–7 Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в чрезвычайных ситуациях.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- а) применение вакуум-экстрактора
- б) применение утеротоников
- в) наложение акушерских щипцов
- г) кесарево сечение на мертвом плоде
- д) все перечисленное

2. ПРИ ДИСКООДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ПОКАЗАНО:

- а) введение утеротоников
- б) применение бета-адреномиметических препаратов
- в) медикаментозный сон в родах
- г) кесарево сечение

3. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- а) внутривенное введение утеротоников
- б) применение бета-адреномиметиков
- в) создание гормонально-энергетического фона
- г) медикаментозный сон-отдых в родах

4. СТИМУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

- а) несоответствии размеров таза размерам головки плода
- б) наличии рубца на матке
- в) неполном предлежании плаценты
- г) подозрении на преждевременную отслойку плаценты
- д) всех перечисленных условиях

5. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ПОКАЗАНО ПРИ:

- а) любом сроке беременности и обильном кровотечении
- б) отсутствии кровотечения и сроке беременности 35–36 нед
- в) отсутствии кровотечения и сроке беременности 25–26 нед
- г) небольшом кровотечении и сроке беременности 30 нед

6. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ МАТКИ КЮВЕЛЕРА НА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО:

- а) продолжать вводить утеротоники
- б) провести выскабливание полости матки кюреткой
- в) перевязать сосуды матки по методу Цицишвили

- г) выполнить операцию удаления матки и возместить кровопотерю
7. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ:
- а) введение утеротоников
  - б) инфузионно-трансфузионная терапия
  - в) выскабливание полости матки
  - г) ручное обследование полости матки
  - д) ручное отделение плаценты и выделение последа
8. ПРИОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИН ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА НЕОБХОДИМО:
- а) продолжить наблюдение за признаками отделения плаценты
  - б) выполнить операцию ручного отделения плаценты и выделения последа
  - в) выделить послед с помощью наружных приемов
  - г) приступить к операции удаления матки
9. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОЛОСТИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) патологическая кровопотеря
  - б) наличие рубца на матке
  - в) задержка частей плаценты
  - г) подозрение на разрыв матки
  - д) все перечисленное в п. “а”–”г”
10. ТЕРАПИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЕТ:
- а) остановку кровотечения
  - б) инфузионно-трансфузионную терапию
  - в) профилактику ДВС-синдрома
  - г) профилактику почечной недостаточности
  - д) все перечисленное
11. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:
- а) введение утеротоников
  - б) гемотрансфузия
  - в) выскабливание полости матки
  - г) ручное обследование полости матки
  - д) введение тампона с эфиром в задний свод влагалища
12. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- а) седативные препараты
  - б) инфузионную терапию
  - в) физиотерапию
  - г) противорвотные препараты
  - д) диуретики
13. ПОКАЗАНИЕМ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) длительное течение и неэффективность лечения
  - б) тяжелая преэклампсия
  - в) повышение показателей АЛТ и АСТ
  - г) уменьшение количества тромбоцитов
  - д) все перечисленное в п. “а”–”г”
14. ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
- а) состоянием роженицы
  - б) степенью повреждения матки при ее разрыве
  - в) состоянием плода
  - г) отягощенностью акушерского анамнеза

д) всеми перечисленными факторами

15. ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО 2-ОМ ТРИМЕСТРЕ  
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) малое кесарево сечение;
- б) заоболочечное введение растворов простагландинов;
- в) интраамниальное введение гипертонического раствора;
- г) расширение цервикального канала и вскрытие плодного пузыря;
- д) интраамниальное введение растворов простагландинов.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ: 1 - д, 2 - а, 3 - б, 4 - д, 5 - а, 6 - г, 7 - д, 8 - б, 9 - д, 10 - д, 11 - г, 12 - д, 13 - д, 14 - д, 15 - д.

**- Контрольные вопросы:**

1. Пособия при тазовых предлежаниях: по Цовьянову I и II, ручное классическое пособие, выведение последующей головки плода, экстракция плода за тазовый конец. Показания к кесаревому сечению при тазовом предлежании, профилактика осложнений.
2. Самопроизвольный аборт. Лечение по стадиям, принципы профилактики.
3. Алгоритм ведения преждевременных родов. Принципы профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденного.
4. Подготовки беременных к родам при перенашивании, методы родовозбуждения, родоразрешения.
5. Принципы лечения, неотложная помощь и профилактика ранней рвоты беременных.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии во время беременности и в родах.
7. Алгоритмы ведения, принципы родоразрешения и обезболивания у пациенток с преэклампсией. Магнезиальная терапия.
8. Современные методы коррекции и профилактики аномалий родовой деятельности. Алгоритмы родоразрешения.
9. Методы лечения и профилактики гипоксических состояний внутриутробного плода. Особенности родоразрешения.
10. Методы ведения родов и профилактики осложнений при функционально узком тазе.

11. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве. Техника операции, абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.
12. Лечение родового травматизма матери в зависимости от формы. Разрыв матки – тактика оперативного пособия.
13. Алгоритм ведения и родоразрешения при предлежании плаценты.
14. Алгоритм ведения и родоразрешения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
15. Алгоритмы лечебных мероприятий при кровотечении в послеродовом периоде. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа.
16. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Алгоритм неотложной помощи. Операция ручного контрольного обследования полости матки.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:**

1. Пособие по Цовьянову при ножном предлежании.
2. Пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании.
3. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.
4. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
5. Ручное контрольное обследование полости матки.
6. Снятие швов с промежности.

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ХОД ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА**  
**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Сложить пальцы рук в «кисть акушера»
2. Развести левой рукой половые губы роженицы
3. Ввести правую руку во влагалище

4. Взять левой рукой пуповину и натянуть ее
5. По пуповине ввести правую руку в полость матки
6. Показать движения руки, которая отслаивает плаценту от стенки матки («пилящие» движения ребром ладони)
7. Показать положение руки, находящейся на передней брюшной стенке
8. Собрать отделившуюся плаценту в ладонь и за пуповину другой рукой удалить послед, оставив вторую руку в полости матки
9. Рукой, находящейся в полости матки, провести ревизию стенок матки
10. Руку, сложенную в «кисть акушера», вывести из матки

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ  
ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Произвести влагалищное исследование с целью выявления готовности тканей родового канала к родоразрешению, уточнения вида тазового предлежания и убеждения в отсутствии выпадения петли пуповины
2. Отметить, что до появления пяток плода роды должны вестись выжидательно
3. Принять положение лицом к роженице, справа от нее, прикрывать вульварное кольцо роженицы стерильной пленкой
4. Отметить, что периодическое, во время схваток, противодействие ножке плода акушер оказывает до тех пор, пока плод не «сядет на корточки»
5. Указать признаки нахождения на тазовом дне роженицы тазового конца плода и его ножек (растяжение промежности и зияние ануса)
6. Ввести подкожно роженице раствор Атропина 0,1% - 1,0 мл
7. Отметить положение рук акушера и направление тазового конца плода в зависимости от уровня появления частей его тела из вульварного кольца

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе**

приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

### **ЗАДАЧА №1**

Родильница 30 лет. В анамнезе 1 роды и 2 медицинских аборта. Повторные роды осложнились хориоамнионитом, кровотечением в III периоде родов. Произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Родовые пути целы. Общая кровопотеря 600 мл. На 3-й сутки послеродового периода у родильницы появился озноб. Температура тела повысилась до 40,5 градусов по Цельсию. Были повторные ознобы. Проводилось лечение ампициллином. К 7 дню послеродового периода состояние пациентки ухудшилось.

Объективно: общее состояние родильницы тяжелое. Больная вялая, апатичная. Т - 40 градусов по Цельсию. Кожные покровы с серовато-желтушным оттенком, с мелкоточечными кровоизлияниями. Пульс - 120 ударов в минуту. АД - 100/80 мм. рт. ст. Дыхание поверхностное. ЧДД - 30 в мин. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации. Перистальтика снижена. Стул жидкий, зловонный. Матка на уровне пупка, болезненная, мягкой консистенции. Лохии гнойно-кровянистые с запахом.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. План обследования.
3. Какие изменения в клиническом анализе крови ожидаются у пациентки?
4. Высота стояния дна матки на 3 сутки физиологического послеродового периода?
5. Возможные причины возникшего осложнения послеродового периода у пациентки?



6. К какому этапу послеродовой гнойно-септической инфекции относится данное обложение послеродового периода?
7. Назовите общие принципы лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний, дайте обоснование назначению групп антибиотиков при сочетанной анаэробной и аэробной инфекции.
8. Цель и объем оперативного вмешательства при данном заболевании.
9. Профилактика послеродовых септических заболеваний.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Диагноз: Послеродовый период (7-й день). Акушерский перитонит. Сепсис в форме септицемии. Диагноз основывается на трех признаках: наличии первичного гнойного очага (послеродовая матка), высокой лихорадки с ознобами, обнаружении возбудителя в крови. Септицемия возникает у ослабленных рожениц не 3-4 сутки. В качестве возбудителя выступает Грамотрицательная флора: кишечная палочка, протей, реже - синегнойная палочка в сочетании с неспорообразующей анаэробной флорой.
2. Необходимо провести полное клиническое исследование по органам и системам, учитывая развитие полиорганной патологии. Проводятся посевы крови и мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимические исследования крови: билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, ПТИ, фибриноген, электролиты плазмы (осмолярность), АлАТ, АсАТ, иммунограмма, гемостазиограмма.
3. Клинический анализ крови: Нв - 98 г/л, эритроциты -  $2,8 \times 10^9$  /л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоциты -  $16,2 \times 10^9$  /л, миелоциты - 1, юные - 2, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 71, лимфоциты - 11, Моноциты - 3, СОЭ - 50 мм/ч, тромбоциты -  $130 \times 10^9$  /л. Время кровотечения - 7 мин.
4. Высота стояния дна матки на 3 сутки физиологически протекающего послеродового периода составляет 9-10 см.

5. К возможным причинам септических осложнений у данной родильницы можно отнести отягощенный мед. абортами акушерский анамнез, патологическую (600 мл.) кровопотерю во время родов, ручное вхождение в матку во время операции; неадекватная оценка и восполнение кровопотери, не проводилась должная профилактика гнойно-септических заболеваний или имели место нарушения сан.-эпид. режима.
6. Сепсис с септициемией относятся к IV генерализованному этапу послеродовой гнойно-септической инфекции (по Сазонову-Бартельсу).
7. Этиотропная, десенсибилизирующая терапия; иммунокоррекция; УФО крови; дезинтоксикационная терапия: инфузионные средства; интенсивная терапия полиорганной недостаточности; удаление источника гнойной инфекции. Трехкомпонентная схема: бета-лактамы препарат (амоксиклав), аминогликозид и химиотерапевтические средства (метронидазол, клиндамицин). Двухкомпонентная схема: цефалоспорин III поколения и аминогликозид: цефтриаксон с амикацином. Однокомпонентная схема: меропенем или имипенем, цефалоспорины IV поколения - цефпиром, цефепим.
8. Цель оперативного лечения - удаление гнойного очага (послеродовой матки) в объеме экстирпации матки с маточными трубами, т.к. сепсис, большие размеры матки, наличие гноя делают невозможным органосохраняющее лечение.

## **ЗАДАЧА №2**

Первородящая 18 лет, незамужная, беременность не планируемая, на учет по беременности взята в сроке 24 недель, подготовку к родам не прошла, роды начались на 39 нед. беременности.

Поведение беспокойное, паническое. По внутренним органам патологии не выявлено. В родах 8 часов. Воды не изливались. Схватки по 35-55 секунд через 2-5 мин, разной силы, имеется гипертонус нижнего сегмента матки, головка плода низко подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 144/150 ударов в мин.

При влагалищном исследовании выявлено: наружные половые органы развиты правильно, исследование затруднено из-за спазма мышц промежности, шейка сглажена, плотная, края толстоватые, при схватки уплотняется еще больше, открытие вне схватки 4 см, во время схватки 2-3 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка над входом в малый таз. Малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Костный таз без патологии, мыс не достигнут.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

9. Диагноз, его обоснование.
10. Что способствовало развитию патологии сократительной функции матки у данной роженицы?
11. Составьте план ведения родов с учетом возможных осложнений.
12. Перечислите фазы первого периода родов.
13. Какой темп раскрытия шейки матки в первом периоде родов по фазам считается нормальным?
14. Что означает правило two hour rule (правило 2-х часов) в акушерстве?
15. Какую роль играет психологическая поддержка роженицы?
16. Какие особенности имеют роды у юных первородящих?

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

9. I период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 38-39 недель. Дискоординированная родовая деятельность по типу гипертонуса нижнего сегмента матки и функциональной дистонии шейки матки. Юная первородящая.  
Вид аномалии родовой деятельности установлен по данным гистерографии, партограммы.
10. Нарушению сократительной функции матки способствовали хронический стресс во время беременности и отсутствие подготовки к родам.
11. В плане родов – седативная, спазмолитическая терапия, медикоментозный сон-отдых, для улучшения маточно-плацентарного

- кровотока –  $\beta$ -адреномиметиками, перидуральная анестезия.
12. а) латентная фаза (до 4 см); б) фаза ускорения (4 - 8 см); в) фаза замедления ( до полного раскрытия шейки матки).
13. В латентной фазе сглаживание и раскрытие шейки матки от 0.3 до 0.5 см/час, в фазе ускорения от 1.5 см до 2.0 см/ч, в фазе замедления от 1.0 до 1.5 см/ч.
14. Правило двух часов означает, что во втором периоде родов предлежащая часть не должна находиться в одной плоскости более 2-х часов и продолжительность 2-го периода не должна превышать 2-х часов.
15. Психологическая поддержка во время беременности и в родах способствует формированию и функционированию матриц репродуктивного поведения, формирует доминанту родов и благоприятное течение родового процесса.
16. У юных первородящих роды чаще осложняются аномалиями родовой деятельности и акушерскими кровотечениям.

## Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ОПК–4 Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНО НА:

- а) определении высоты стояния дна матки
- б) данных УЗИ
- в) данных влагалищного исследования при первой явке к гинекологу
- г) дате последней менструации
- д) всех перечисленных данных

2.ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕД - НА:

- а) уровне пупка
- б) 2 пальца выше пупка
- в) 2 пальца ниже пупка
- г) середине расстояния между пупком и лоном

3.АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА ВОЗМОЖНА СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ:

- а) 22 нед
- б) 20 нед
- в) 16 нед
- г) 25 нед

4.ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ:

- а) 5–6 нед
- б) 7–8 нед
- в) 9–10 нед
- г) 12 нед
- д) 13–14 нед

5.УЗИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а) срок беременности
- б) положение плода
- в) локализацию плаценты и ее патологию
- г) неразвивающуюся беременность
- д) пороки развития плода
- е) все перечисленное в п. “а”–”д”

6.ВТОРОЙ ПРИЕМ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- а) характер предлежащей части
- б) положение, позицию и вид плода
- в) отношение предлежащей части ко входу в таз
- г) высоту стояния дна матки

7.НА ОСНОВАНИИ ВЕЛИЧИНЫ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОРЬЮГАТЫ МОЖНО РАССЧИТАТЬ:

- а) прямой размер плоскости входа в таз

- б) истинную конъюгату
  - в) наружную конъюгату
  - г) прямой размер широкой части полости малого таза
  - д) прямой размер узкой части полости малого таза
8. ВЕЛИЧИНА ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРА РАВНАЯ 10,5 СМ СООТВЕТСТВУЕТ ПОПЕРЕЧНОМУ РАЗМЕРУ:
- а) плоскости входа в малый таз
  - б) широкой части малого таза
  - в) плоскости узкой части малого таза
  - г) плоскости выхода малого таза
9. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА ДОЛЖНА ИМЕТЬ ВЕЛИЧИНУ НЕ МЕНЕЕ:
- а) 10 см                      г) 13 см
  - б) 11 см                     д) 14 см
  - в) 12 см
10. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА ВКЛЮЧАЮТ:
- а) данные аускультации плода
  - б) подсчет числа шевелений плода в течение суток
  - в) амниоскопию
  - г) определение уровня гормонов в крови
  - д) все перечисленное в п. "а"–"г"
11. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) длина плода                      г) оценка по шкале Апгар
  - б) масса плода                     д) состояние швов и родничков
  - в) срок беременности
12. ДОНОШЕННОСТЬ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:
- а) состояния плода
  - б) величины массы тела
  - в) срока беременности
  - г) признаков физического развития плода
13. ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ:
- а) в верхнем отделе матки по передней стенке
  - б) в верхнем отделе матки по задней стенке
  - в) в нижнем сегменте
  - г) в дне матки
  - д) в боковых отделах матки
14. ИЗМЕНЕНИЯ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:
- а) гипертрофия мышечных волокон
  - б) гиперплазия мышечных волокон
  - в) удлинение каждого мышечного волокна
  - г) увеличение объема полости матки
  - д) все перечисленное в п. "а"–"г"
15. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
- а) сокращения мышцы матки в области дна
  - б) сокращения мышцы матки в области нижнего сегмента
  - в) дистракции нижнего сегмента матки
  - г) ретракции мышечных волокон матки
  - д) контракции, ретракции и дистракции мышечных волокон матки

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ: 1 - д, 2 - в, 3 - б, 4 - е, 5 - б, 6 - б, 7 - в, 8 - б, 9 - д, 10 - а, 11 - в, 12 - б, 13 - д, 14 - д, 15 - б.

**- Контрольные вопросы:**

1. Алгоритм диагностики беременности. Определение срока беременности.
2. Алгоритм наблюдения за течением беременности в женской консультации.
3. Экспертиза временной нетрудоспособности при физиологическом течении беременности и родов.
4. Методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая фето-плацентометрия.
5. Родовые пути, строение головки плода, ее размеры.
6. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
7. Клиника I периода родов. Принципы ведения I периода родов.
8. Партограмма.
9. Клиника и ведение II периода родов. Пособия при головных предлежаниях.
10. Методы обезболивания нормальных родов.
11. Клиника и ведение послеродового периода родов. Признаки отделения плаценты.
12. Биомеханизмы родов в затылочном предлежании при переднем и заднем виде.
13. Клиническое течение и ведение нормального послеродового периода.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Пособие при головных предлежаниях при доношенной беременности.
4. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

5. Осмотр последа.
6. Определение срока беременности.
7. Диагностику 30-и недельной беременности.
8. Ведение медицинской документации беременных, рожениц и родильниц.

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРИЕМОВ НАРУЖНЕГО АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Ладони обеих рук и кладутся на дно матки, пальцы рук сближаются.
2. Второй прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Обе руки со дна матки перемещают на боковые поверхности матки на уровне пупка. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой.
3. Третий прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Правая рука располагается над лоном на предлежащей части плода так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают и обхватывают предлежащую часть.
4. Четвертый прием: положение – справа от пациентки, лицом к ее ногам. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами проникают вглубь по направлению к полости таза и определяют предлежащую часть и уровень ее стояния.

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ЭТАПЫ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Расположить плод спинкой кпереди



2. Головку вставить во вход в таз в согнутом положении
3. Стреловидный шов расположить в правом косом размере входа в таз, малый родничок вправо кпереди
4. Согнуть головку (проводная точка – малый родничок)
5. Повернуть головку плода, при этом малый родничок должен быть повернут кпереди (внутренний поворот головки)
6. Головку фиксировать у лонной дуги подзатылочной ямкой и затем высвободить из-под лонной дуги лобик, личико, подбородок плода (разгибание головки)
7. Повернуть головку личиком к левому бедру матери.

**ЗАДАНИЕ 3. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ХОД  
ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСОБИЯ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый момент. Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки левую руку расположить на лонном сочленении и прорезывающейся головке. При этом ладонные поверхности четырех пальцев левой руки располагаются на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу.
2. Второй момент. Правую руку ладонной поверхностью расположить на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а отведенный палец - к области правой половой губы. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низвести их книзу, уменьшая при этом ее напряжение.
3. Третий момент. После того как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, роженице предложить глубоко и часто дышать открытым ртом. В это время обеими руками задержать продвижение головки до окончания потуги. После окончания, потуги правой рукой снять ткани с

личика плода.левой же рукой в это время медленно поднять головку кпереди, разгибая ее.

4. Четвёртый момент. Ладонями захватить головку за височно-щечные области и осуществить тракции кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение. После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватить головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвинуть ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

#### **ЗАДАЧА №1**

В женскую консультацию обратилась женщина в связи с задержкой менструации. При обследовании диагностирована беременность сроком 8 недель, которую женщина желает донашивать.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие лабораторные исследования необходимо ей назначить в I триместре?
2. Какими врачами, и с какой кратностью проводятся осмотры беременных женщин при физиологическом течении беременности?
3. В каком сроке, и в каком учреждении проводится скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности?

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Клинический анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий холестерин. Коагулограмма - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, определение протромбинового времени. Определение антител классов М, G к вирусу краснухи и токсоплазме в крови. Определение основных групп крови и резус-принадлежности, биохимический скрининг сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А и свободная бета-субъединица

хорионического гонадотропина, определение антител к бледной трепонеме, антител классов М, G к вирусу ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды. Электрокардиография по назначению врача-терапевта. Анализ мочи.

2. Врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз. Врачом-терапевтом – не менее двух раз. Врачом-стоматологом – не менее двух раз. Врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза. Другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

3. Скрининговое УЗИ проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели. При сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики. При сроке беременности 18-21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода. При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

## **ЗАДАЧА №2**

В родильный дом доставлена роженица 22 лет с указанием на схватки в течение 5 часов. Беременность доношенная. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, ангины. Менархе с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные.

Настоящая беременность – 1-я, протекала без особенностей.

Объективное исследование: рост 164 см, вес 75 кг, пульс – 80 уд/мин ритмичный, АД – 120/75 и 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов без патологии.

Акушерский статус: размера таза 25-28-31-20 см, окружность живота (ОЖ) – 102 см, высота дна матки (ВДМ) – 36 см.

Родовая деятельность: схватки по 40-45 сек, через 2-3 мин. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края средней толщины, растяжимые. Раскрытие наружного зева 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом

косом размере. Малый родничок справа у лона. Мыс не достижим. Костных экзостозов нет.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план ведения родов.
3. Когда должны своевременно изливаться околоплодные воды.
4. В какой фазе I периода родов находится роженица?
5. Назовите методы оценки состояния плода в родах. Режим кардиотографии в первом периоде родов.
6. Дайте определение физиологических (естественных) родов.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. I период I самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 40 недель беременности.
2. Роды вести через естественные родовые пути. Следить за состоянием роженицы, родовой деятельностью и сердцебиением плода. Провести профилактику кровотечений в конце I периода родов.
3. Околоплодные воды в норме изливаются в конце I периода родов.
4. Роженица миновала латентную фазу I периода родов и вступила в фазу ускорения.
5. а) Аускультация акушерским стетоскопом, б) Кардиотография.  
Кардиотокография плода проводится при поступлении в течение 40 мин -1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.
6. Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины  
«Акушерство»:**

1. Акушерская клиника [Текст] Часть I : Физиологическое акушерство и пограничные с патологией состояния : учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ю. В. Раскуратов [и др.] ; Тверская гос. мед. акад. – Тверь : Тверская ГМА, 2012. – 240 с.
2. Акушерская клиника [Текст]. Часть II : Акушерская патология: учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ю. В. Раскуратов [и др. ] ; Тверская гос. мед. акад. – Тверь : Тверская ГМА, 2012. – 236 с.
3. Акушерская клиника [Текст]. Часть III : Оперативное акушерство с фантомным курсом: учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов / Ю. В. Раскуратов [и др.] ; Тверская гос. мед. акад. – Тверь : Тверская ГМА, 2012. – 31 с.: видеофильм (50 видеосюжетов).