

Приложение 7 к ООП
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КОМПЛЕКТ
КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ПМ.02 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД**

Специальность: 31.02.02 Акушерское дело
Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2026

Разработчик:

Безрукова И.М., к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФДПО

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	4
2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПРОВЕРКЕ	4
4. ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МОДУЛЮ	11
5. ОЦЕНКА ОСВОЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО КУРСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ	12
6. ОЦЕНКА ПО УЧЕБНОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКАМ	36
7. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭКЗАМЕНА	38
ПРИЛОЖЕНИЯ	42

1. ПАСПОРТ КОМПЛЕКТА КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Комплект контрольно-оценочных средств (далее КОС) по профессиональному модулю предназначен для контроля и оценки результатов освоения профессионального модуля по специальности.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Результатом освоения профессионального модуля является готовность обучающегося к выполнению вида профессиональной деятельности «Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями» и составляющих его профессиональных компетенций, а также общих компетенций, формирующихся в процессе освоения ППСЗ в целом.

Формой аттестации по профессиональному модулю является экзамен. Итогом экзамена является однозначное решение: «вид профессиональной деятельности освоен с оценкой «удовлетворительно», «хорошо», «отлично» / не освоен».

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ МОДУЛЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПРОВЕРКЕ

3.1. Профессиональные и общие компетенции

В результате контроля и оценки по профессиональному модулю осуществляется комплексная проверка

профессиональных компетенций:

Код	Наименование результата обучения
ПК 2.1.	Проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями.
ПК 2.2.	Осуществлять лечение неосложненных состояний пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями.
ПК 2.3.	Проводить родоразрешение при физиологическом течении родов и при осложнённом течении родов (акушерской патологии) совместно с врачом акушером-гинекологом.
ПК 2.4.	Проводить первичный туалет новорождённого, оценку и контроль его витальных функций.
ПК 2.5.	Проводить медицинскую реабилитацию пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

общих компетенций:

Код	Наименование результата обучения
ОК. 01	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности, применительно к различным контекстам
ОК. 02	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК. 03	Планировать и реализовывать собственное профессиональное и личностное развитие, предпринимательскую деятельность в профессиональной сфере, использовать знания по правовой и финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях

ОК. 04	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК. 05	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК. 06	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных российских духовно-нравственных ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения
ОК. 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК. 08	Использовать средства физической культуры для сохранения и укрепления здоровья в процессе профессиональной деятельности и поддержания необходимого уровня физической подготовленности
ОК. 09	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

3.2. «Иметь практический опыт – уметь – знать»

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

иметь практический опыт:

- Сбора жалоб, анамнеза жизни, наследственности и перенесенных заболеваний у пациентов (их законных представителей);
- Оценки интенсивности боли и тягостных для пациента симптомов, определения и документирования невербальных признаков боли у пациента;
- Получения и анализа информации из медицинской документации, оформления индивидуальных карт беременных и родильниц;
- Проведения медицинского осмотра, физикального и функционального обследования пациента, оценки состояния здоровья пациента;
- Оценки состояния пациента и (или) тяжести заболевания;
- Постановки предварительного диагноза, на основании жалоб, клинических симптомов, результатов лабораторных и инструментальных исследований, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Проведения осмотра пациентов при физиологически протекающих беременности, родах и послеродовом периоде;
- Определения срока беременности и предполагаемой даты родов;
- Проведения динамического наблюдения за состоянием беременной женщины, роженицы, родильницы и плода;
- Составления плана проведения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Подготовки пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям;
- Ассистирования врачу и (или) выполнение медицинских вмешательств;
- Проведения забора биологического материала для лабораторных исследований;
- Обеспечения безопасности при проведении медицинских вмешательств;
- Направления пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;

- Направления пациентов в медицинские организации для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- Направления пациентов при физиологическом течении беременности на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- Выявления клинических признаков состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
- Проведения динамического наблюдения за пациентами при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Составления плана лечения неосложненных состояний беременности, родов, послеродового периода и распространенных гинекологических заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Применения и назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Выполнения врачебных назначений;
- Оказания простых медицинских услуг инвазивных вмешательств;
- Выполнения манипуляций сестринского ухода;
- Контроля выполнения пациентами врачебных назначений;
- Обеспечения безопасности пациентов во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- Определения предвестников и начала родовой деятельности;
- Оценки состояния роженицы и аномалий в родовой деятельности, определение степени риска осложнений в родах;
- Получения информации из документации и оформление истории родов;
- Формулирования предварительного диагноза и (или) периода родов;
- Составления плана проведения родов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- Подготовки роженицы к родоразрешению;
- Подготовки места и оборудования для принятия родов, реанимации новорожденного;
- Использования приемов акушерского пособия во время самопроизвольных неосложненных родов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- Обучения пациенток технике дыхания во время родов
- Проведения документированного мониторинга прогрессии родов, ведения партограммы;
- Определения кровотечения и оценка кровопотери во время родов и в послеродовой период;
- Проведения осмотра родовых путей;
- Определения степени разрыва мягких тканей родовых путей;
- Проведения профилактики гипотермии новорожденного;
- Проведения первичного осмотра и оценки состояния новорожденного;

- Обеспечения соблюдения правил первого прикладывания новорожденного к груди;
- Проведения ухода за новорожденным;
- Выполнения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Применения лекарственных препаратов, лечебного питания и медицинских изделий в процессе медицинской реабилитации пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
- Контроля эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

уметь:

- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей);
- Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей);
- Оценивать интенсивность боли и тягостные для пациента симптомы, определять и документировать невербальные признаки боли у пациента;
- Проводить медицинские осмотры пациентов;
- Применять методы осмотров и обследований пациентов с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в числе которых:
 - Проводить физикальное обследование пациента;
 - Измерять артериального давления;
 - Проводить пульсометрию;
 - Проводить термометрию;
 - Проводить антропометрию (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела);
 - Проводить объективное обследование физического развития;
 - Проводить оценку степени развития молочных желез и полового оволосения по Таннеру;
 - Проводить визуальное исследование молочных желез;
 - Проводить пальпацию молочных желез;
 - Выполнять оценку менструального календаря;
 - Определять предположительные, вероятные, достоверные признаки беременности;
 - Определять сроки беременности и даты родов;
 - Проводить осмотр вульвы и влагалища;
 - Проводить визуальный осмотр наружных половых органов;
 - Проводить бимануальное влагалищное исследование;
 - Проводить исследование при помощи зеркал;
 - Проводить забор влагалищного мазка;
 - Выполнять спринцевание влагалища;
 - Выполнять измерение окружности живота, высоты дна матки, размеров таза;
 - Проводить пальпацию живота беременной;
 - Проводить пальпацию плода, определение положения, позиции и предлежащей части плода;
 - Проводить аускультацию плода при помощи акушерского стетоскопа, ручного доплеровского устройства;
 - Проводить кардиотокографию плода;
 - Определять частоту (схваток) сократительной активности матки (тонус, частота,

- амплитуда, продолжительность);
- Определять жизнеспособность плода;
 - Определять срок беременности и предполагаемую дату родов;
 - Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека с учетом возрастных особенностей;
 - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациента;
 - Оценивать состояние пациента и (или) тяжесть заболевания;
 - Устанавливать предварительный диагноз в соответствии с действующей - Международной классификацией болезней (далее – МКБ);
 - Проводить медицинские осмотры пациентов при физиологически протекающих беременности, родах и послеродовом периоде;
 - Подготавливать пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям;
 - Проводить забор биологического материала для лабораторных исследований;
 - Направлять пациентов на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
 - Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных и инструментальных исследований пациентов;
 - Устанавливать медицинские показания для направления пациентов в профильные медицинские организации с целью получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
 - Направлять пациентов в медицинские организации для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
 - Направлять пациентов при физиологическом течении беременности на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным anomalies (порокам развития) у плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
 - Выявлять клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
 - Проводить динамическое наблюдение за пациентами при высоком риске развития хронических заболеваний и при хронических заболеваниях и (или) состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи, при выполнении отдельных функций лечащего врача;
 - Составлять план лечения неосложненных состояний беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний при выполнении отдельных функций лечащего врача;
 - Применять и назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание при выполнении отдельных функций лечащего врача;
 - Контролировать выполнение пациентами врачебных назначений;
 - Определять предвестники и начало родовой деятельности;
 - Оценивать состояние роженицы и (или) тяжесть родовой деятельности, определять степени риска осложнений в родах;
 - Получать информацию из документации и оформлять истории родов;
 - Формулировать предварительный диагноз и (или) период родов;
 - Составлять план проведения родов;
 - Подготавливать рожениц к родоразрешению;

- Подготавливать место и оборудование для принятия родов, реанимации новорожденного;
- Использовать приемы акушерского пособия во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- Проводить мониторинг витальных функций рожениц, родильниц и новорожденных;
- Проводить динамическое наблюдение за состоянием рожениц и родильниц во время самопроизвольных неосложненных родов и в послеродовой период;
- Обучать рожениц технике дыхания во время родов;
- Документировать мониторинг прогрессии родов, вести партограммы;
- Проводить профилактику гипотермии новорожденного;
- Проводить осмотр новорожденного;
- Проводить первое прикладывание новорожденного к груди;
- Проводить уход за новорожденными;
- Проводить мониторинг за витальными функциями рожениц, родильниц и новорожденных;
- Соблюдать правила выделения плаценты;
- Оценивать разрывы родовых путей;
- Определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями;
- Определять врачей-специалистов для проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации;
- Направлять пациентов, имеющих нарушения функций организма, обусловленные беременностью, родами и распространенными гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в мероприятиях по медицинской реабилитации, к врачу-специалисту;
- Выполнять мероприятия по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями;
- Контролировать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

знать:

- Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников;
- Общие вопросы организации медицинской помощи населению;
- Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;
- Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания медицинской помощи;
- Анатомо-физиологические особенности человека в норме и при патологии с учетом возрастных периодов;
- Анатомо-физиологические особенности организма пациентов в период родов и послеродовой период
- Методике сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных

- представителей) и информации из медицинской документации;
- Методика медицинских осмотров и обследований пациентов;
 - Методы определения срока беременности и предполагаемой даты родов;
 - Клинические признаки заболеваний и (или) состояний, в том числе представляющих угрозу жизни и здоровью пациента;
 - Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации результатов;
 - Методика медицинского осмотра пациентов в случае физиологически протекающих беременности, родов и послеродового периода под руководством врача и (или) в пределах своих полномочий;
 - Принципы подготовки к планируемой беременности, ведения беременности, родов и послеродового периода;
 - Признаки физиологически нормально протекающих беременности, родов, послеродового периода;
 - Осложнения течения беременности, родов и послеродового периода;
 - Этиология, патогенез, классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики беременности, родов, послеродового периода, патологии новорожденных и распространенных гинекологических заболеваний;
 - МКБ;
 - Медицинские показания для направления пациентов на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза;
 - Медицинские и социальные показания к прерыванию беременности;
 - Медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;
 - Медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в стационарных условиях;
 - Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - Клинические признаки состояний пациентов, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;
 - Принципы, цели и объем динамического наблюдения за пациентами с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей.
 - Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств;
 - Манипуляции сестринского ухода;
 - Причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний;
 - Клинические признаки заболеваний и (или) состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью пациента;
 - Методы выявления и оценки уровня боли у пациентов, правила, виды, методы и средства лечения болевого синдрома, правила оказания симптоматической помощи при тягостных расстройствах;
 - Прием и подготовка пациентов к родам;
 - Методы обследования пациентов в период родов и послеродовой период;
 - Виды и диагностика положения ребенка в матке;
 - Причины и последствия неправильного положения ребенка в матке;
 - Классификация, распознавание, течение и механизм родов при затылочном предлежании и ведение родов при затылочном предлежании;
 - Классификация, распознавание, течение и механизм родов при тазовом предлежании и ведение родов при тазовом предлежании;
 - Классификация, распознавание, течение и механизм родов при многоплодной беременности и ведение родов при многоплодной беременности;
 - Асептику и антисептику в акушерстве;

- Причины возникновения родов, предвестники начала родовой деятельности, изгоняющие силы родов, в том числе представляющие угрозу жизни и здоровью пациентов;
- Периоды, механизмы и продолжительность родов;
- Тактика ведения физиологических родов;
- Виды и методы акушерских приемов при физиологическом процессе родов;
- Методы профилактики акушерских осложнений во время родов;
- Методы обезболивания родов, психопрофилактической подготовки пациентов к родам и техники дыхания во время родов;
- Особенности ведения родов при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
- Нарушения родовой деятельности (родовых сил);
- Поперечные и косые положения плода;
- Особенности ведения родов при выпадении мелких частей и пуповины;
- Отклонения от нормального механизма родов;
- Родовые травмы;
- Классификацию, причины и профилактика акушерских кровотечений;
- Методы измерения кровопотери;
- Классификация, причины и профилактика послеродовых заболеваний;
- Виды, показания и порядок подготовки к акушерским операциям;
- Методы ухода за новорожденными;
- Методы профилактики гипотермии новорожденных;
- Правила и техника первого прикладывания новорожденных к груди;
- Классификация, клинические проявления и методы профилактики инфекционных заболеваний новорожденных;
- Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты;
- Порядок организации медицинской реабилитации;
- Признаки нарушения функций организма пациентов, обусловленные последствиями беременности, родов и распространенных гинекологических заболеваний;
- Методы определения реабилитационного потенциала пациента и правила формулировки реабилитационного диагноза;
- Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;
- Методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации;
- Медицинские показания к направлению пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма, в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями к врачам-специалистам;
- Мероприятия по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

4. ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ МОДУЛЮ

Элемент модуля	Формы промежуточной аттестации
МДК 02.01 Физиологическое акушерство.	Экзамен.
МДК 02.02 Патологическое акушерство.	зачёт с оценкой
МДК 02.03 Основы гинекологии.	Экзамен.
МДК 02.04 Основы неонатологии.	зачёт с оценкой
УП.02	зачёт с оценкой

ПП.02	зачёт с оценкой
ПМ.02 (в целом)	Экзамен.

5. ОЦЕНКА ОСВОЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО КУРСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

5.1. Общие положения

Основной целью оценки теоретического курса профессионального модуля является оценка умений и знаний.

Оценка теоретического курса профессионального модуля осуществляется с использованием следующих форм контроля:

- устный опрос;
- выполнение практических заданий;
- выполнение контрольных работ;
- письменный опрос, в том числе тестирование.

5.2. Типовые задания для оценки освоения МДК

5.2.1. Типовые задания для оценки освоения

МДК.02.01 Физиологическое акушерство

Задания для проведения текущего контроля

Задание 1:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Данные из индивидуальной карты беременной и родильницы при первом обращении
(22.11.2019).

Пациентка Т., 1993 г.р.

Жалобы: на общую слабость, недомогание, тошноту по утрам и после приема пищи.

Анамнез:

Наследственность: не отягощена.

Аллергический анамнез: спокойный.

Гемотрансфузии: отрицает.

Перенесенные заболевания:

общие — ветряная оспа, простудные;

гинекологические — эктопия шейки матки (без лечения).

Операции: отрицает.

Менструация с 15 лет, регулярные, по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные.

ПМ 21.09.2019.

Половая жизнь с 18 лет, 2 половых партнера.

Исходы предыдущих беременностей:

1 — 2019 год, настоящая.

Обследование:

Рост 173 см, масса 56,8 кг.

Осмотр по системам органов: без патологии.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу; влагалище нерожавшей, узкое; шейка матки цилиндрической формы, эктопия на передней губе; тело матки увеличено до 7 недель беременности, мягкое, подвижное, безболезненное; придатки без особенностей, своды свободные.

УЗИ ОМТ от 22.11.2019: эхоскопически беременность 7 недель.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз на момент первого обращения.

2. Рассчитайте предполагаемую дату родов, какими способами вы пользовались?
3. Рассчитайте ИМТ, какую еженедельную и общую прибавку веса за беременность вы порекомендуете?
4. Какие рекомендации вы предложите женщине по ее образу жизни, питанию и гигиене во время беременности?

Задание 2:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Данные из индивидуальной карты беременной и родильницы при первом обращении (25.10.2019).

Пациентка К., 1994 г.р.

Жалобы: на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, периодические тянущие боли внизу живота, преимущественно справа.

Анамнез:

Наследственность: с-г желудка у бабушки, БА у дедушки.

Аллергический анамнез: спокойный.

Гемотрансфузии: отрицает.

Перенесенные заболевания:

общие — ветряная оспа, простудные, хронический гастрит.

гинекологические — отрицает.

Операции: отрицает.

Менструация с 14 лет, регулярные, по 5-7 дней, через 28 дней, обильные, безболезненные.

ПМ 01.09.2019.

Половая жизнь с 19 лет, 2 половых партнера.

Исходы предыдущих беременностей:

1 — 2016 год, своевременные роды, без осложнений; мальчик — 3800 г, 53 см.

2 — 2019 год, настоящая.

Обследование:

Рост 173 см, масса 67,3 кг.

Осмотр по системам органов: без патологии.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу; влагалище нерожавшей, узкое; шейка матки цилиндрической формы, эктопия на задней губе; тело матки увеличено до 7-8 недель беременности, мягкое, подвижное, безболезненное; придатки без особенностей, своды свободные.

УЗИ ОМТ от 19.10.2019: эхоскопически беременность 6-7 недель.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз на момент первого обращения.
2. Рассчитайте предполагаемую дату родов, какими способами вы пользовались?
3. Рассчитайте ИМТ, какую еженедельную и общую прибавку веса за беременность вы порекомендуете?
4. Какие рекомендации вы предложите женщине по ее образу жизни, питанию и гигиене во время беременности?

Задание 3:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Повторнородящая, 36 лет. Поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. Околоплодные воды отошли 2 часа назад: светлые. Данная беременность вторая (первые срочные роды 3 года назад), протекала без осложнений. Женскую консультацию посещала регулярно. Объективно: правильного телосложения,

удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Рост 170 см, вес 78 кг. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, спинка плода расположена справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин, справа, ниже пупка. ВДМ – 40 см. ОЖ – 96 см. ПМП – 3800 г. Размеры таза – 26-28-30-20. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, раскрытие 4 см. Предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере. Мыс не достижим.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Задание 4:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Повторнородящая М., 25 лет, беременность доношенная в сроке 39 недель. Предполагаемая масса плода 3300 г. Размеры таза нормальные. В дне матки определяется головка, спинка плода пальпируется слева. Предлежат ягодицы, прижаты к входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, слева выше пупка. Околоплодные воды целы. Схватки через 3 минуты по 40-45 секунд. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 7- 8 см, ягодицы прижаты к входу в малый таз, крестец слева и спереди, межвертельная линия в левом косом размере, плодный пузырь цел.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 5:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

При проведении 2 приема Леопольда обнаружено: спинка обращена вправо, мелкие части плода - влево. Определите положение, позицию плода.

Задание 6:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

При проведении 3 и 4 приемов Леопольда предлежащая часть не обнаружена. Определите возможное положение плода.

Задание 7:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

При определении 1 приемом Леопольда в дне матки обнаружена плотная, округлая часть плода, которая баллотирует. Определите положение и предлежание плода.

Задание 8:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

По данным УЗД обнаружены контуры головки плода справа, позвоночник плода расположен перпендикулярно продольной оси матки. Охарактеризуйте положение и позицию плода.

Задание 9:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 22 лет, в сроке 37-38 недель беременности. Экстрагенитальной и гинекологической патологии не выявлено. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Положение

плода продольное, в дне матки определяется крупная часть, округлой формы, плотной консистенции, предлежит над входом в малый таз крупная часть, мягковатой консистенции. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка слева, 138 уд/мин. При влагалищное исследование шейки матки зрелая.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задание 10:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Повторнобеременная женщина, 32 лет, состоит на учете в женской консультации. В настоящее время срок беременности 30 недель. При очередном посещении ж/к выявлено: положение плода продольное, в дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение выслушивается выше пупка справа 136 уд/мин.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.

5.2.2. Задания для проведения промежуточной аттестации по МДК.02.01 Физиологическое акушерство

Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена. Список вопросов для проведения экзамена указаны в Приложении А.

Положительная оценка по промежуточной аттестации выставляется в случае отсутствия задолженностей по выполнению практических работ, курсовой работы.

Условия проведения экзамена:

Экзамен проводится по группам в количестве 10 человек в кабинете.

Количество вариантов заданий для экзаменуемых: 10 вариантов.

Время выполнения каждого задания: 30 мин.

Технические средства и/или оборудование: персональные компьютеры, периферийные устройства, прикладное программное обеспечение.

Критерии оценки

Критерии оценки при тестировании

Оценка	Критерии оценки
«5»	90-100 %
«4»	80-89%
«3»	70-79 %
«2»	Менее 70 %

Критерии оценки при проведении экзамена

Оценка «5» (отлично) выставляется за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала. Студент владеет понятийным аппаратом и умеет: связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, грамотно и логично излагать ответ (как в устной, так и в письменной форме).

Оценка «4» (хорошо) выставляется, если студент в полном объеме освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно и логично излагает ответ, но содержание и форма ответа имеют отдельные неточности.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно,

непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач. Не умеет доказательно обосновать свои суждения.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для решения практических задач.

5.2.3. Типовые задания для оценки освоения МДК.02.02. Патологическое акушерство.

Задание 1:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В родовом отделении роддома находится роженица 25 лет с тазовым предлежанием плода. План родов составлен на консервативное ведение родов. Схватки по 30-35 секунд достаточной интенсивности, частота схваток 4 за 10 минут. отошли околоплодные воды с примесью мекония в большом количестве. Сердцебиение плода приглушенное ритмичное 160 ударов в минуту. Проведено влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, предлежат ягодицы, крестец слева спереди. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Что делать?

Задание 2:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В роддом поступила роженица 23 лет в потугах. Роды в смешанном ягодичном предлежании. Сердцебиение плода отчетливое 134 ударов в минуту. Ребенок родился до нижнего угла лопаток. Дальнейшее рождение плода задерживается.

Диагноз? Что делать?

Задание 3:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Первобеременная женщина, 23 лет, доставлена в родильный дом на 36 недели беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в подложечной области, мелькание «мушек» перед глазами. Эти явления появились 1 час тому назад. По данным обменной карты, в течение последних 3 недель, отмечалось повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., отеки, белок в моче. От госпитализации женщина отказывалась. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст, 170/90 мм.рт.ст. Выраженные отеки нижних конечностей. Вскоре после поступления при санитарной обработке, появился припадок судорог. После припадков сознание затемнено. АД 210/120 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 уд. в мин.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении беременной?

Задание 4:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В акушерский стационар по направлению ж/к поступила беременная женщина в связи с повышением АД до 150/100 мм.рт.ст., наличием отеков на ногах и передней брюшной стенке. Срок беременности 35 недель, рост 165, масса тела до беременности 60 кг, при поступлении – 80 кг. Соматической патологии нет. Общее состояние при поступлении

удовлетворительное, жалоб нет, голова не болит, зрение ясное. Матка в нормотонусе. ОЖ 90 см, ВДМ 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в мин.

Диагноз? Назначьте обследование.

Задание 5:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В роддом поступила роженица 31 года с началом родовой деятельности. Первая беременность наступила спустя 2 года после начала половой жизни. Роды продолжались около 2-х суток и закончились рождением доношенного, но слабого ребенка, который умер через несколько дней. Настоящая беременность протекала без осложнений. Таз: 25-26-32-17,5 см. Через час после поступления отошли воды. Схватки через 3-4 мин по 50 сек. Сердцебиение плода отчетливое, 140 уд/мин. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, расположен ближе кпереди. Малый родничок слева, большой – справа. При исследовании легко достигается заднее (левое) ушко. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Как вести роды? Ошибки ведения в женской консультации и в роддоме?

Задание 6:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В родильное отделение поступила повторнородящая 37 лет. Схватки начались 12 часов назад, вначале были слабые, а затем стали повторяться через 4-5 мин по 40 сек. Воды не отходили. Из анамнеза выявлено, что роженица росла слабым ребенком, часто болела, перенесла почти все детские инфекции. Первая беременность наступила на 3-м году замужества. Роды продолжались двое суток и закончились плодоразрушающей операцией. Рост 150 см, вес 50 кг. Таз: 26-27-31-17 см. Поясничные ромбы сплюснены по вертикальной оси. Индекс Соловьева 15 см. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие 8 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в таз. Емкость таза в нижних отделах хорошая, но крестцовая впадина несколько уплощена. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Как вести роды?

Задание 7:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Повторнородящая женщина 20 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью при беременности 39 недель. Несмотря на корректирующую терапию, родовая деятельность развилась бурно, и через 3 часа от начала схваток родился живой ребенок массой 4200 г. длиной 54 см. Сразу после его рождения из половых путей началось кровотечение алой кровью. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Возможная причина кровотечения? Тактика врача?

Задание 8:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Роженица 25 лет поступила в роддом во втором периоде родов. Беременность протекала без осложнений. Родила живую доношенную девочку массой 3950 г. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целостность его вызывает сомнение. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря составила 100 мл.

Диагноз? Какова должна быть тактика врача?

Задание 9:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В родильный дом доставлена повторнородящая женщина с жалобами на схватки и кровянистые выделения из влагалища. В анамнезе 1 своевременные роды и 3 мед. аборта, последний осложнился эндомиометритом. При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительных качеств, АД 120/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Матка с четкими ровными контурами, безболезненная, вне схватки расслабляется. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 5 см, пальпируются плодные оболочки и плацентарная ткань. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? План ведения?

Задание 10:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Роды при доношенной беременности у первородящей длятся 12 часов. Воды излились с началом потуг час назад. Потуги редкие и слабые. Сердцебиение плода меняется от 100 до 70 уд/мин. Влагалищное исследование: открытие полное. Предлежит головка. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок справа и кзади, малый – слева и спереди. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры и верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задание 11:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Повторнородящая 34 лет, страдающая хроническим гломерулонефритом, поступила в роддом с жалобами на постоянные боли в животе в течение 30 мин и отсутствие шевеления плода с момента появления болей. Беременность доношенная. Женскую консультацию не посещала. При поступлении состояние средней тяжести. Бледная, АД 90/70 мм.рт.ст. на обеих руках, пульс частый слабого наполнения. Выраженные отеки голеней, кистей рук. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Матка напряжена, болезненная при пальпации. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, из влагалища кровянистые выделения темного цвета.

Чем осложнились роды? Какой метод выбрать для родоразрешения?

Задание 12:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

22-летняя роженица поступила в родильное отделение с регулярными схватками через 3-4 минуты по 40-50 сек. Лицо одутловатое, на ногах и передней брюшной стенке выраженные отеки. АД 160/110 – 150/110 мм.рт.ст. Зрение ясное. При кипячении в моче белый осадок. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода отчетливое, 136 уд/мин. При повторном измерении АД оказалось 180/120 – 165/10 мм.рт.ст. Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, головка в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева.

Диагноз? Какое осложнение имеет место? Тактика врача?

Задание 13:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В роддом поступила повторнородящая женщина 30 лет с жалобами на схватки в течение 5 часов, воды не отходили. Срок беременности 40 недель. В анамнезе двое своевременных родов, 2 мед. аборта без осложнений. Объективно: ОЖ 100 см, ВДМ 40 см. Над входом в малый таз пальпируется головка – справа подбородок, слегка угол между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, 138 уд/мин, справа ниже пупка. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие 7-8 см. Плодный пузырь цел. Головка плода над входом в малый таз. Лицевая линия в левом косом размере. Слева кзади – подбородок. Справа и спереди пальпируются глазницы, надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.

Диагноз? Что предпринять?

Задание 14:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

У родильницы, в родах перенесшей послеродовое кровотечение по поводу частичного плотного прикрепления плаценты и ручного отделения последа, на 5-е сутки повысилась температура до 38,2°C, был озноб. Кожные покровы бледные, лицо гиперемировано. Пульс 110 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Легкие и сердце без патологии. Синдром Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Матка мягкая безболезненная при пальпации, дно матки на 14 см выше лона. Лохии кровянистые, мутные, с нечеткими очертаниями, имеется эхо-позитивное включение. При гистероскопии видны бугристые структуры с синеватым отливом, которые резко выделяются на фоне стенок матки.

Какое осложнение наступило? Назначьте лечение.

Задание 15:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка К., 29 лет, беременность 32-33 недель, поступила в родильный дом (стационар I уровня) с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 3 часов.

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, простудные.

Трансфузиологический: спокойный.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Половая жизнь с 18 лет, в браке.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 - самопроизвольный выкидыш при беременности 17-18 недель 1,5 года назад;

2 – настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 5-6 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности: угрожающий выкидыш при беременности 8-9 недель, стационарное лечение.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст.

Матка в тонусе. ОЖ – 85 см, ВДМ – 33 см. Схватки регулярные через 5-6 минут, по 30-40 секунд, умеренной силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 в минуту, ясное, ритмичное.

Воды целые. Отеков нет.

Размеры таза: Distantia spinarum – 26 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см. Индекс Соловьева – 15 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, узкое.

Шейка матки центрирована, укорочена до 1 см, пропускает 2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Диагноз и его обоснование. Тактика ведения на всех этапах оказания специализированной помощи?

Задание 16:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка Н., 36 лет, беременность 34-35 недель, поступила в родильный дом (стационар I уровня) с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 2 часов и подтекание околоплодных вод в течение 3 часов.

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит; ветряная оспа, краснуха, простудные.

Трансфузиологический анамнез: спокойный.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наследственность: неотягощена.

Менструации с 15 лет, регулярные, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки (лечение, радиоволновая хирургия – 4 года назад).

Половая жизнь с 16 лет, вне брака.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 – своевременные роды при беременности 39 недель, без особенностей, мальчик – 3530 г, 50 см (5 лет назад);

2, 3 – мед. аборт на сроках 7-8, 9-10 недель (2 и 1,5 года назад соответственно);

4 – настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 10 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности:

Острый вульвовагинальный кандидоз на сроке 10-11 недель (санация влагалища);

Бессимптомная бактериурия ($E. Coli 1,0 \cdot 10^4$) на сроке 15-16 недель, без лечения.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на обеих руках 120/80 мм. рт. ст.

Матка в тонусе. ОЖ – 91 см, ВДМ – 35 см. Схватки регулярные через 5 минут, по 30-40 секунд, умеренной силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 144 в минуту, ясное, ритмичное.

Отеков нет.

Размеры таза: Distantia spinarum – 26 см, Distantia cristarum – 28 см, Distantia trochanterica – 32 см, Conjugata externa – 21 см. Индекс Соловьева – 15,5 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей, емкое.

Шейка матки практически сглажена, открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые воды; предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Диагноз и его обоснование. Тактика ведения на всех этапах оказания специализированной помощи?

Задание 17:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка Р., 24 года, беременность 28-29 недель, поступила в родильный дом с жалобами на ноющие боли внизу живота и пояснице, озноб, повышение температуры до 38,8⁰С, общую слабость, тошноту, головную боль (вышеперечисленные жалобы беспокоят со вчерашнего вечера).

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, хронический тонзиллит, простудные.

Трансфузиологический: спокойный.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: двусторонний сальпингоофорит в 16 лет (стационарное лечение), бактериальный вагиноз.

Половая жизнь с 19 лет, в браке.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 – медикаментозный аборт на сроке 4-5 недель 4 года назад, без осложнений;

2 - настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 8 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности: острый вагинит на сроке 9-10 недель (санация влагалища); при плановом обследовании на сроке 13-14 недель в посевах мочи выявлена бессимптомная бактериурия (E. Coli 1,0*10⁴ КОЕ/мл), без лечения.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на обеих руках 120/70 мм. рт. ст.

Матка в нормотонусе. ОЖ – 81 см, ВДМ – 29 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 в минуту, ясное, ритмичное.

Воды целые. Отеков нет.

Размеры таза: Distantia spinarum – 25 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см. Индекс Соловьева – 15 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, узкое. Выделения светлые, слизистые. Шейка матки отклонена кзади, сформирована, длиной 3 см; предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, кости таза без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Диагностика и тактика ведения.

Задание 18:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка Н., 34 года, беременность 15-16 недель, обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, носовые кровотечения, нарушение сна, быструю утомляемость,

вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 3 дней, при головных болях принимала «Парацетамол», улучшение состояния не отмечала.

Из анамнеза известно, что головная боль и носовые кровотечения эпизодически возникали до беременности, но ввиду улучшения состояния за медицинской помощью не обращалась.

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, хронический бронхит; ветряная оспа, краснуха, простудные.

Трансфузиологический анамнез: спокойный.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: артериальная гипертензия у мамы.

Привычные интоксикации: курение (по 10 сигарет в день).

Менструации с 12 лет, регулярные, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: бактериальный вагиноз.

Половая жизнь с 15 лет, в браке.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 – своевременные роды при беременности 38 недель, без особенностей, девочка – 3200 г, 49 см (6 лет назад);

2-4 – мед. аборт на сроках 7-8, 9-10, 6-7 недель (5, 4 и 2 года назад соответственно);

5 – настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 10 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности:

Рвота беременных легкой степени тяжести (стационарное лечение) на сроке 6-8 недель;

При обращении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на левой руке 160/100 мм. рт. ст., АД на правой руке 160/95 мм. рт. ст., пульс 84 в минуту.

Матка в нормотонусе. ОЖ – 85 см, ВДМ – 16 см. Отеков нет.

Объективно: рост 166 см, вес 83 кг.,

Размеры таза: *Distantia spinarum* – 27 см, *Distantia cristarum* – 30 см, *Distantia trochanterica* – 32 см, *Conjugata externa* – 21 см. Индекс Соловьева – 15,5 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей, емкое. Выделения светлые. Шейка матки отклонена кзади, сформирована, длина 4 см. Мыс не достигается, кости таза без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Диагностика и тактика ведения.

Задание 19:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка Т., 29 лет находится в родовом отделении перинатального центра.

Из анамнеза: соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 20 лет. Беременность 2-я: первая закончилась самопроизвольным выкидышем с последующим выскабливанием полости матки.

Размеры таза: 25 – 29 – 30 – 18 см (диагональная конъюгата - 11 см). Ромб Михаэлиса 9*11 см.

ОЖ=109 см, ВДМ=39 см.

Через 40 минут после начала второго периода родов у пациентки появились кровянистые выделения из половых путей.

АД 130/70 мм рт. ст. (R=S). Пульс 80 уд/мин. Температура 36,9`

Потуги через 2 минуты по 50-55 секунд. Женщина ведет себя беспокойно, кричит, мечется. Матка плохо расслабляется вне потуги, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Сердцебиения плода приглушены, 80-90 ударов в минуту. Симптом Вастена положительный. Мочевой катетер введен с трудом, определяется примесь крови в моче.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата к входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Стреловидный шов не пальпируется. Плодного пузыря нет.

Диагноз, обоснование. Тактика ведения и родоразрешения.

Задание 20:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка С., 23 года, поступила в акушерский стационар при сроке беременности 41 нед., без родовой деятельности. Околоплодные воды излились 8 часов назад, светлые в умеренном количестве. Начато родовозбуждение окситоцином внутривенно через инфузомат, через 30 минут установилась регулярная родовая деятельность.

Из анамнеза: соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Беременность 2-я, первая закончилась 3 года назад, своевременными родами, ребенок 3800г, без осложнений.

Размеры таза: Distantia spinarum – 27 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 21 см. Ромб Михаэлиса: 11*11 см.

ОЖ=98 см, ВДМ=36 см.

Через 5 часов от начала схваток диагностирована стойкая брадикардия у плода 80 уд/мин.

Р.В.: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева к лону, большой справа у крестца.

Диагноз, обоснование. Тактика ведения и родоразрешения. Возможные осложнения.

5.2.4. Задания для проведения промежуточной аттестации по

МДК.02.02. Патологическое акушерство.

Промежуточная аттестация проводится в форме **зачета с оценкой**.

Положительная оценка по промежуточной аттестации выставляется в случае отсутствия задолженностей по выполнению практических работ.

Условия проведения зачета с оценкой:

Зачет с оценкой проводится по группам в количестве 10 человек в кабинете.

Количество вариантов заданий для экзаменуемых: 10 вариантов.

Время выполнения каждого задания: 30 мин.

Технические средства и/или оборудование: персональные компьютеры, периферийные устройства, прикладное программное обеспечение.

Критерии оценки

Критерии оценки при проведении зачета с оценкой:

Оценка «5» (отлично) выставляется за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала. Студент владеет понятийным аппаратом и умеет: связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, грамотно и логично излагать ответ (как в устной, так и в письменной форме).

Оценка «4» (хорошо) выставляется, если студент в полном объеме освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно и логично излагает ответ, но содержание и форма ответа имеют отдельные неточности.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач. Не умеет доказательно обосновать свои суждения.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для решения практических задач.

5.2.5. Типовые задания для оценки освоения

МДК.02.03. Основы гинекологии.

Задания для проведения текущего контроля

Задание 1:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка У., 57 лет, доставлена машиной скорой помощи в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота ноющего характера, повышение температуры тела до 39 градусов. Менопауза 9 лет. В анамнезе одни роды, семь аборт, после последнего, 15 лет назад, была установлена ВМС. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом. Живот при пальпации напряжён, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка отклонена кпереди, не увеличена, безболезненна. Справа от матки определяется образование с нечёткими контурами, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Слева придатки не пальпируются. В общем анализе крови: лейкоциты - $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин - 89 г/л.

Диагноз? Тактика?

Задание 2:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

На специализированный прием в центр «Планирование семьи» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме. Гинекологическое исследование: матка anteversio, anteflexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. При УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка $48 \times 40 \times 35$ мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник $15 \times 13 \times 10$ мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник $18 \times 15 \times 10$ мм аналогичной структуры. Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задание 3:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка К., 25 лет, обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции. Из анамнеза: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает "Спазмалгон" для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова. При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.

Диагноз? Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

Задание 4:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные менструации и межменструальные кровянистые выделения.

Из анамнеза:

Наследственность: СД, ГБ у бабушки по материнской линии, с-г ПЖ у дедушки по отцовской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, ветряная оспа, пневмония, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 14 лет. МЦ регулярный, менструации по 7-8 дней, через 28-30 дней, обильные с менархе, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

ПЖ с 17 лет, замужем, контрацепция – прерванный половой акт и презерватив. В ближайшие 5 лет беременность не планирует.

Беременности: 1 (своевременные физиологические роды в 24 года).

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задание 5:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Пациентка К., 18 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 3 последних месяцев.

Из анамнеза:

Наследственность: с-г легких у папы, НМЦ у мамы, ДУЗ у бабушки по материнской линии, СД у дедушки по материнской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, хронический цистит, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 13 лет, МЦ не регулярный, менструации по 7 дней, через 30-90 дней, обильные, болезненные.

Гинекологические заболевания: НМЦ (витаминотерапия, без обследования).

ПЖ с 18 лет, 2 половых партнера, контрацепция – барьерный метод.

Беременности: 0.

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задание 6:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет, в браке, без предохранения от беременности. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные кровяные выделения. При осмотре шейки матки при помощи зеркал – поверхность вокруг наружного зева ярко-красного цвета, покрытая гноевидными выделениями, размером 2х2 см. При влагалищном исследовании: пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки – без особенностей. Выделения – бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

Задание 7:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, температура 38,2°. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала – обильные гноевидные выделения. При пальпации – шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Диагноз? План ведения?

Задание 8:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст. Осмотр при помощи зеркал – слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: матка и придатки без особенностей.

Диагноз? План ведения?

Задание 9:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические, кровяные выделения. Рост 155 см, вес 112 кг. Страдает сахарным диабетом в течение 7 лет, АД 180/110 мм рт ст. При гинекологическом исследовании обнаружено: кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений произведено раздельное диагностическое выскабливание. Результат гистологического исследования: атипичная гиперплазия эндометрия.

Диагноз? План ведения?

Задание 10:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 16 лет, поступила в стационар по направлению врача женской консультации с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация - с задержкой на 6 дней. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитонеальных симптомов нет, АД 100/70 мм рт.ст., пульс 100 ударов в минуту. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Дифференциальный диагноз? Диагностика, тактика ведения?

Задание 11:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Объективно: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастриальной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.

Диагноз? План ведения?

Задание 12:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе – 2 родов и 4 мед. аборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме. При УЗИ – обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые.

Диагноз? План обследования и лечения?

Задание 13:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки, размерами соответствующей 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 удара в минуту. АД 110/60 мм. рт. ст. Нв – 76 г/л.

Тактика? Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной? Объем операции?

Задание 14:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение.

Диагноз? План ведения?

Задание 15:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев. Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 искусственных мед аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. Данные УЗ - исследования: в проекции правого яичника – образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым. При двуручном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное.

Диагноз? План ведения? Объем операции?

Задание 16:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей – 3. Первая – закончилась нормальными родами, другие беременности – абортами по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает «эрозию» шейки матки после родов, лечение диатермокоагуляцией. По органам без особенностей. Гинекологический статус – при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» синеватого цвета. При двуручном исследовании – шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная, чуть больше нормы. Придатки не пальпируются.

Предположительный диагноз? Какие методы исследования помогут в диагностике заболевания?

Задание 17:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13 лет, по 4 дня через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5: 2 родов и 3 аборта по желанию, без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях стационара. Выписана на 2-ой день в удовлетворительном состоянии. Через 1 месяц, в день поступления появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре – язык влажный, чистый. Живот мягкий,

болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание учащенное. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании – наружный зев закрыт, шейка матки обычной плотности. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, мягкоэластичной консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 18:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В стационар поступила пациентка 68 лет с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят уже в течение 8 месяцев, но к врачу не обращалась. Последняя нормальная менструация в 50 лет. Половая жизнь с 32 лет, беременностей не было. Страдает гипертонической болезнью и ожирением. При осмотре при помощи зеркал шейка матки не изменена. Из цервикального канала - скудные кровяные выделения. При двуручном исследовании влагалище узкое, нерожавшей женщины, шейка матки - конической формы. Матка несколько больше нормы, обычной консистенции. Придатки не пальпируются. Своды свободны. При ректально-абдоминальном исследовании инфильтратов в малом тазу нет.

Диагноз? Методы исследования?

Задание 19:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 51 года. Жалобы на приливы жара и покраснение головы и верхней части туловища до 10 раз в сутки, повышенную потливость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость, эпизодические подъемы артериального давления. Вышеперечисленные жалобы появились год назад, в последние месяцы усилились. Из анамнеза: сопутствующие заболевания: ожирение 2 степени, хронический холецистит. Последняя менструация 1,5 года назад. Гинекологических заболеваний не было.

Диагноз? План ведения?

Задание 20:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад – медицинский аборт в сроке 9-10 недель, осложнившийся эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. Данные УЗ - исследования: в области левого яичника – однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластичной консистенции до 5-6 см в диаметре, болезненное при пальпации.

Диагноз? План ведения?

5.2.6. Задания для проведения промежуточной аттестации по

МДК.02.03. Основы гинекологии

Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена. **Список вопросов для проведения экзамена указаны в Приложении А.**

Положительная оценка по промежуточной аттестации выставляется в случае отсутствия задолженностей по выполнению практических работ, курсовой работы.

Условия проведения экзамена:

Экзамен проводится по группам в количестве 10 человек в кабинете.

Количество вариантов заданий для экзаменуемых: 10 вариантов.

Время выполнения каждого задания: 30 мин.

Технические средства и/или оборудование: персональные компьютеры, периферийные устройства, прикладное программное обеспечение.

Критерии оценки

Критерии оценки при тестировании

Оценка	Критерии оценки
«5»	90-100 %
«4»	80-89%
«3»	70-79 %
«2»	Менее 70 %

Критерии оценки при проведении экзамена

Оценка «5» (отлично) выставляется за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала. Студент владеет понятийным аппаратом и умеет: связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, грамотно и логично излагать ответ (как в устной, так и в письменной форме).

Оценка «4» (хорошо) выставляется, если студент в полном объеме освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно и логично излагает ответ, но содержание и форма ответа имеют отдельные неточности.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач. Не умеет доказательно обосновать свои суждения.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для решения практических задач.

5.2.7. Типовые задания для оценки освоения

МДК.02.04.Основы неонатологии

Задания для проведения текущего контроля

Задание 1:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Новорожденный мальчик 1-х суток жизни от женщины 31 года, с неосложненным соматическим анамнезом, от I беременности, протекавшей с тяжелой преэклампсией в III триместре, преждевременных родов на 34 неделе гестации в головном предлежании путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием клиники у женщины (рост АД и нарастания протеинурии). Масса тела при рождении 1970 г, рост 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей и дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет

симптомов дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы. В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС рн 7,25; рСО₂ 65 мм РТ.ст. рО₂ рО₂ 35 мм РТ.ст; ВЕ -3,0 ммоль/литр.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 2:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток 13,5 часов. Околоплодные воды прозрачные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду. При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул меконияльного характера. Диурез 3 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 23×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты 160×10^9 /л, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 3:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

В отделение второго этапа выхаживания из родильного дома поступила девочка 72 часов жизни. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 32 лет (группа крови 0В,

резусположительная), с отягощенным соматическим (бронхиальная астма) и гинекологическим (эндометрит) анамнезом, от 3 бер-сти (1 - срочные роды, 2 – самопроизвольное прерывание на сроке 14 недель), 2х преждевременных самостоятельных родов на 32 неделе гестации. Массоростовые показатели при рождении 980г/36 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние при рождении тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС. К концу первого часа жизни состояние ребенка ухудшилось за счет нарастания признаков дыхательной недостаточности, появления судорожного синдрома, в связи с чем был переведен в отделение реанимации. В клин. анализе крови на 1 сутки жизни гемоглобин 190 г/л, лейкоциты $4,3 \times 10^3$ /мл, п/я 11%, с/я 72%, лимфоциты 11%, СОЭ 4мм/час. Посевы из зева, носа и интубационной трубки в работе. На рентгенограмме грудной клетки снижение воздушности легочной ткани, диффузное снижение прозрачности легочной ткани, «симптом белых легких», воздушная бронхограмма. При поступлении в отделение реанимации состояние ребенка очень тяжелое. На осмотр реагирует незначительным нарастанием активности, глаза не открывает, крик тихий, самостоятельно не сосет, срыгивает, потеря массы составила 23%, тепло удерживает плохо. Кожа иктерична до 2 ст. на бледно-розовом фоне. Отмечается выраженный акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, нарастающий при физической нагрузке. Мышечный тонус и двигательная активность снижены, вызываемые рефлексы орального автоматизма быстро истощаются. Зона сухожильных рефлексов уменьшена, большой родничок не напряжен. Дыхание с западением мечевидного отростка и втяжением межреберных промежутков, при аускультации резко ослаблено, большое количество крепитирующих хрипов по всей поверхности легких. Тоны сердца приглушены, во 2 и 3 точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на спину. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка на 1 см. Мочится, стул мекониальный. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни гемоглобин 190 г/л, лейкоциты $15,63 \times 10^3$ /мл, метамиелоциты 1%, метамиелоциты 2%, палочек 12%, сегментов 65%, лимфоцитов 9%, моноцитов 11%, СОЭ 5 мм/ч. В биохимическом анализе крови белок 45г/л, альбумин 29г/л, билирубин общий 208 мкмоль/л, непрямой – 205 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. На рентгенограмме грудной клетки снижение воздушности легочной ткани, усиление легочного рисунка, мелкоочаговые инфильтративные тени по всей поверхности легких, кардиоторакальный индекс 72%. На НСГ отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Диффузное повышение эхогенности перивентрикулярной области, расширение боковых желудочков.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Задание 4:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Мальчик 17 суток жизни, от женщины 36 лет, соматически здоровой, носителя ВПГ-2, от 4 беременности (1 – срочные роды, девочка 3200 г, здорова, 2 - м/а, 3 – самопроизвольный выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей без осложнений (со слов матери, так как на учете в период беременности она не состояла). Роды на сроке 36 недель, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Плацента с участками кальцинатов. Масса тела при рождении 2120 г, рост 43,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. Желтуха с первых суток жизни. Печень + 3,0 из-под края реберной дуги, селезенка +0,7 см из-под края реберной дуги. Однократно в 1 сутки жизни эпизод атипичных судорог, купированный самостоятельно. В динамике отмечалась незначительная положительная динамика. Весовая кривая монотонная. На 2 сутки жизни появился подъем температуры до $37,9^{\circ}\text{C}$, расхождение черепных швов до 0,3 мм. Усугубилась мышечная гипотония и гипорефлексия, появились срыгивания, симптом «Грефе». На 3 сутки жизни развился приступ генерализованных клонико-тонических судорог, появилась кровоточивость из мест инъекций. Анализ спинномозговой жидкости на

3 сутки жизни: слегка мутноватая, сахар 2,4 ммоль/л, белок 1,8 г/л, цитоз 300 (75% лимфоцитов).

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 5:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3 беременности (1 – мертворождение на сроке 26 недель, 2 – замершая беременность на сроке 11 недель), протекавшей с мононуклеозоподобным заболеванием во 2 триместре. В 20 недель положительная ПЦР к вирусу ЦМВИ, АТ к нему не было, в 24 недели - низкоавидные IgG в титре 1:40. Роды на сроке 35 недель гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении 2030 г, рост 44,5 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения нервно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей эххимозы. С первых суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия, желтуха, петехиальная сыпь. На 3 сутки жизни у ребенка развился приступ фокальных судорог. В клиническом анализе крови: гемоглобин-160 г/л, эритроциты- $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- 18×10^9 /л, сегментоядерные нейтрофилы-27%, палочкоядерные нейтрофилы-5%, лимфоциты-56%, эозинофилы-3%, моноциты -9%, тромбоциты - 120×10^9 /л . СОЭ 4 мм/час.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 6:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечнолегочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы. В клиническом анализе крови при рождении Hb 160 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 11×10^9 /л, с/я нейтрофилы 63%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 25%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты 160×10^9 /л, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Hb 140 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 9×10^9 /л, тромбоциты 150×10^9 /л, СОЭ 4 мм/час. КОС: рН - 6,96, рО₂ - 25 мм рт. ст., рСО₂ - 78 мм рт. ст. ВЕ - -9, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе достигло 100%, сатурация 69, уровень лактата 3,2, глюкозы 2,3, ионизированного кальция 0,75. На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 7:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Ребенок 3 суток жизни, от женщины 18 лет, страдающей хроническим тонзиллитом, от 1 беременности. За период беременности имели место повторные обострения хронического тонзиллита, протекавшие с подъемом температуры выше 38°C. Последнее обострение с эпизодом лихорадки за 7 дней до родов. Роды на 36 неделе, в головном предлежании. 1 период - 10 часов, 2 – 30 мин, безводный промежуток 15 часов. Воды мутные, с запахом, оболочки тусклые. Масса тела при рождении 2500г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС и дыхательной недостаточности. На осмотр реагирует вяло, стонущее дыхание. Безусловные рефлексы новорожденного угнетены. Выраженная мышечная гипотония. На первые сутки жизни отмечен однократный подъем температуры до 38,3 °С. На вторые сутки жизни появились срыгивания «кофейной гущей» и кровоточивость из мест инъекций. На 3 сутки отмечалась гипотермия до 35,5°C. Кожные покровы субиктеричные, на сероватом фоне, акроцианоз, мраморность, пастозность мягких тканей лица, поясницы, голеней, мелкоочечные петехиальные кровоизлияния на коже живота. Частота дыхания до 60', аускультативно – ослаблено, множественные крепитирующие хрипы по задней поверхности легких. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС до 180'. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 3,5 см из-под реберной дуги по среднечлвчичной линии, селезенка – на 1 см. Пупочная ранка под корочкой, края не гиперемированы, не отечны. Стул непереваренный со слизью. Правая подключичная вена катетеризована, статус локалис без патологических изменений. Диурез 0,8 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни: гемоглобин 170 г/л, эритроциты 4,9 x 10¹²/л, лейкоциты 6,5x10⁹ /л, палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 20%, эозинофилы 0%, моноциты 6%, тромбоциты 60x 10⁹ /л, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: общий белок 39 г/л, альбумин 27 г/л, СРБ 90 мг/л, креатинин 140 ммоль/л, мочевины 9,8 ммоль/л, глюкоза 8,6 ммоль/л, АСТ 44 Е/л, АЛТ48 Е/л, билирубин общий 156 мкмоль/л, прямой 7,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 7,2 ммоль/л, прокальцитонин 19 нг/мл. Рентгенограмма: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очагово-инфильтративные тени в нижних долях обоих легких.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 8:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Ребенок 10 суток жизни, от женщины 23 лет, страдающей хроническим пиелонефритом, вазомоторным ринитом, от 1 беременности, протекавшей с обострением вазомоторного ринита в 1 триместре и пиелонефрита в 3, осложнившейся нефропатией в 3 триместре (отеки). Роды преждевременные на 32 неделе беременности, самопроизвольные, в тазовом предлежании. Гипоплазия плаценты. Масса тела при рождении 1730 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. Интубирован в родильном зале, начата ИВЛ. Катетеризована пупочная вена, проводилась инфузионная и анитбактериальная терапия. На фоне проводимой терапии состояние с улучшением, на 4 сутки жизни ребенок экстубирован и переведен на назальный СРАР, на 5 оксигенировался в кислородной палатке, дыхательная недостаточность не нарастала. На 6 сутки жизни осмотре состояние тяжелое, оксигенируется через кислородную маску. Дыхание пуэрильное, ЧД 46 в минуту, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 168 в минуту, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень + 3 см, селезенка +0.5 см. Пупочная ранка со скудным серозно-гнойным отделяемым, вокруг небольшой гиперемированный валик. На 7 сутки жизни появилось обильное гнойное отделяемое из

пупочной ранки, увеличилась зона гиперемии и отека вокруг. На 9 сутки жизни состояние ухудшилось: температура 35,7, выросла гепатоспленомегалия и кровоточивость из мест инъекций и пупочной ранки. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $5,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $4,2 \times 10^9 /л$, сегментоядерные нейтрофилы 52%, палочкоядерные нейтрофилы 8 %, миелоциты 4%, лимфоциты 26%, эозинофилы 0%, моноциты 10%, тромбоциты $80 \times 10^9 /л$, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни - общий белок 41 г/л, альбумин 30 г/л, креатинин 70 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, СРБ 60 мг/л, глюкоза 12,3 ммоль/л, ГГТ 150 Е/л, ЩФ 120 Е/л, билирубин общий 78 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АСТ 42 Е/л, АЛТ 37 Е/л, Na 134 ммоль/л, К 6,6 ммоль/л, прокальцитонин 34 нг/мл. Из крови и отделяемого пупочной ранки высеялся *Энтерококкус фацалис*, чувствительный к ванкомицину.

Диагноз? Тактика ведения?

Задание 9:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Ребенок 35 суток жизни, от женщины 17 лет, имеющей дефицит массы тела, курящей, от 1 беременности, протекавшей с анемией (гемоглобин 100 г/л) во II триместре. От 2-х преждевременных самопроизвольных родов на 33 неделе беременности, в головном предлежании. Масса тела при рождении 1850 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние средней тяжести за счет дыхательной недостаточности. Ребенок с первого часа жизни находился на СРАР по поводу РДС. Получал лечение: инфузионную и антибактериальную терапию. РДС купировался к 7 дню жизни, и ребенок переведен на II этап выхаживания. В возрасте 22 суток жизни развилась анемия, по поводу которой ребенок получал курс железа, витамина Е и фолиевой кислоты, однако без особого эффекта. В клиническом анализе крови на 35 сутки жизни: Hb 89 г/л, Эр $3,19 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 2%, Ht 30, лейкоциты $9,6 \times 10^9 /л$, сегментоядерные нейтрофилы 32%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, лимфоциты 55%, эозинофилы 5%, моноциты 7%, тромбоциты $260 \times 10^9 /л$, СОЭ 5 мм/час. Диагноз? Тактика ведения?

Задание 10:

Проверяемые результаты обучения: (ОК 01-09; ПК 2.1.-2.5)

Текст задания:

Недоношенный ребенок 28-29 недель гестации 2 дней жизни (при рождении – масса 1150 грамм, рост 36 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов) поступил в отделение реанимации для лечения и выхаживания.

Оценить, к какой группе относится этот ребенок? Развитие каких респираторных нарушений вы ожидаете с наибольшей вероятностью? Если ребенок будет получать энтеральное питание, то каким образом?

5.2.8. Задания для проведения промежуточной аттестации по

МДК.02.04. Основы неонатологии.

Промежуточная аттестация проводится в форме **зачета с оценкой**.

Положительная оценка по промежуточной аттестации выставляется в случае отсутствия задолженностей по выполнению практических работ.

Условия проведения зачета с оценкой:

Экзамен проводится по группам в количестве 10 человек в кабинете.

Количество вариантов заданий для экзаменуемых: 10 вариантов.

Время выполнения каждого задания: 30 мин.

Технические средства и/или оборудование: персональные компьютеры, периферийные устройства, прикладное программное обеспечение.

Критерии оценки

Критерии оценки при проведении зачета с оценкой:

Оценка «5» (отлично) выставляется за глубокое и полное овладение содержанием учебного материала. Студент владеет понятийным аппаратом и умеет: связывать теорию с практикой, решать практические задачи, высказывать и обосновывать свои суждения, грамотно и логично излагать ответ (как в устной, так и в письменной форме).

Оценка «4» (хорошо) выставляется, если студент в полном объеме освоил учебный материал, владеет понятийным аппаратом, ориентируется в изученном материале, осознанно применяет знания для решения практических задач, грамотно и логично излагает ответ, но содержание и форма ответа имеют отдельные неточности.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, в применении знаний для решения практических задач. Не умеет доказательно обосновать свои суждения.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, не может применять знания для решения практических задач.

6. ОЦЕНКА ПО УЧЕБНОЙ И (ИЛИ) ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (ПО ПРОФИЛЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ) ПРАКТИКЕ

6.1. Общие положения

Целью прохождения учебной и производственной практики является оценка:

- 1) профессиональных и общих компетенций;
- 2) практического опыта и умений.

Зачет с оценкой по учебной и (или) производственной практике выставляется на основании отчета по практике и данных аттестационного листа с указанием видов работ, выполненных обучающимся во время практики.

6.2. Виды работ практики и проверяемые результаты обучения по профессиональному модулю:

6.2.1. Учебная практика:

Виды работ	Коды проверяемых результатов (ПК, ОК)
Знакомство с программой практики, календарным планом, инструкцией по технике безопасности, базой практики и индивидуальным заданием.	ОК 01-06, 09; ПК 2.1.-2.5.
Женская консультация.	ОК 01-06, 09; ПК 2.1.-2.5.
Приемно-смотровое отделение.	ОК 01-06, 09; ПК 2.1.-2.5.
I физиологическое акушерское отделение.	ОК 01-06, 09; ПК 2.1.-2.5.

II observational obstetric department.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Department of newborns.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Gynecological department.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.

6.2.2. Production practice:

Types of work	Codes of checked results (PK, OK)
Familiarity with the practice program, calendar plan, instructions on safety techniques, practice base and individual assignment.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Reception department.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Department of pregnancy pathology.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
I obstetric department of the maternity home.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
II obstetric department of the maternity home.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Shared rooms for mother and child.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Department of newborns.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Gynecological department.	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.
Clinico-diagnostic department (women's consultation).	OK 01-06, 09; PK 2.1.-2.5.

6.3. Form of attestation sheet

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ ПО ПРАКТИКЕ

(Ф.И.О студента)

обучающийся на ____ курсе

по специальности _____

(код и наименование специальности)

прошел(шла) учебную практику по профессиональному модулю _____

(наименование профессионального модуля)

в объеме _____ часов с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

в организации _____

(наименование организации)

Виды и отметка о выполнении работ

Коды осваиваемых ПК и ОК	Виды работ, выполненные студентами во время практики	Отметка о выполнении работ (выполнены/ не выполнены)
ПК 1.		
ПК n		

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись руководителя практики

7. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЭКЗАМЕНА

7.1. Общие положения

Экзамен (квалификационный) предназначен для контроля и оценки результатов освоения профессионального модуля.

Экзамен включает тестирование, решение практических задач.

Итогом экзамена является однозначное решение: «вид профессиональной деятельности освоен с оценкой _____ / не освоен».

Положительная оценка по промежуточной аттестации выставляется в случае отсутствия задолженностей по МДК, учебной и производственной практикам.

При выставлении оценки учитывается роль оцениваемых показателей для выполнения вида профессиональной деятельности, освоение которого проверяется. При отрицательном заключении хотя бы по одному показателю оценки результата освоения профессиональных компетенций принимается решение «вид профессиональной деятельности не освоен». При наличии противоречивых оценок по одному тому же показателю при выполнении разных видов работ, решение принимается в пользу студента.

7.2. Таблица сочетаний проверяемых показателей ПК и ОК:

Профессиональные и общие компетенции	Показатели оценки результата
ПК 2.1.	<ul style="list-style-type: none"> - Умение использовать знание стандарта ведения, клинического минимума обследования беременных, рожениц, родильниц, новорожденных пациентов; - Умение учитывать показания и противопоказания для проведения диагностических исследований; - Демонстрация манипуляционной техники по обследованию беременных, рожениц, родильниц с акушерской и экстрагенитальной патологией и больного новорожденного на рабочем месте в условиях медицинских организаций и среде имитирующей рабочее место.
ПК 2.2.	<ul style="list-style-type: none"> - Постановка диагноза и планирование акушерской тактики, плана ухода и наблюдения за беременной, роженицей, родильницей и новорожденным профессиональных задач при физиологии и патологии беременности, родов, послеродового и неонатального периодов; - Демонстрация акушерских пособий на фантомах по физиологическому и патологическому акушерству в среде, имитирующей рабочее место; - Выполнение назначений врача по медикаментозной терапии пациентки при физиологическом и патологическом течении

	<p>беременности, родов, послеродового периода на рабочем месте и среде имитирующей рабочее место;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выполнение назначений врача по медикаментозной терапии больного новорожденного в среде, имитирующей рабочее место; - Четкое и точное заполнение медицинской документации женской консультации и структурных подразделений родильного дома.
ПК 2.3	<ul style="list-style-type: none"> - Соответствие демонстрации на фантомах швов, родничков, размеров головки и туловища плода эталонам; - Соответствие демонстрации на фантомах границ размеров плоскостей полости малого таза эталонам; - Соответствие демонстрации на фантомах биомеханизма родов при затылочных предлежаниях плода эталонам; - Соответствие демонстрации методов достижения головки плода наружными приемами на рабочем месте или среде, имитирующей рабочее место эталонам (алгоритмам, условиям, требованиям); - Соответствие демонстрации подготовки акушерки к родам на рабочем месте или среде, имитирующей рабочее место эталонам (алгоритмам, условиям, требованиям); - Соответствие демонстрации на фантоме акушерского пособия при затылочных предлежаниях плода и участие в оказании акушерского пособия под контролем акушерки и/или врача акушер-гинеколога эталонам (алгоритмам, условиям, требованиям).
ПК 2.4	<ul style="list-style-type: none"> - Проведение первичного туалета новорожденного; - Выполнение ухода и наблюдения за новорожденным; - Определение признаков доношенности, зрелости, живорожденности, оценка состояния ребенка по шкале Апгар; - Осуществление сестринского ухода за кожей, подкожно-жировой клетчаткой, костной и мышечной системами; - Осуществление сестринского ухода при физиологических состояниях новорожденных; - Проведение исследования рефлексов новорожденного; - Проведение оценки физического и нервно-психического развития новорожденного ребенка.
ПК 2.5	<ul style="list-style-type: none"> - Выполнение мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в период беременности, родов, послеродовой период и с распространенными гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации при выполнении отдельных функций лечащего врача.
ОК 01	<ul style="list-style-type: none"> - Обоснованность постановки цели, выбора и применения методов и способов решения профессиональных задач; - Адекватная оценка и самооценка эффективности и качества выполнения профессиональных задач.
ОК 02	<ul style="list-style-type: none"> - Быстрота и полнота нахождения и использования информации для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития; - Применение различных видов информационных источников для профессионально-личностного развития.
ОК 03	<ul style="list-style-type: none"> - Наличие цели и задач профессионального и личностного роста; - Выполнение заданий по самоконтролю регулярно и систематично; - Полнота и достоверность анализа собственной деятельности по рабочей ситуации; - Своевременная коррекция результатов собственной работы;

	- Планирование обучающимся повышения личностного уровня.
ОК 04	- Активное взаимодействие с обучающимися, преподавателями в ходе обучения; - Инициативность при работе в команде; - Дружелюбное отношение к коллегам; - Быстрота нахождения взаимопонимания с соучастниками рабочего процесса.
ОК 05	- Грамотность устной и письменной речи; - Ясность формулирования и изложения мыслей.
ОК 06	- Соблюдение норм поведения во время учебных занятий и прохождения учебной и производственной практик.
ОК 07	- Проявление бережного отношения к природе; - Содействовать ресурсосбережению; - Применять принципы бережливого производства в профессиональной деятельности; - Эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях; - Участие в общественной жизни образовательного учреждения, волонтерском движении.
ОК 08	- Участие в спортивных мероприятиях различного ранга; - Систематическое занятие физкультурой и спортом; - Посещение спортивных секций по интересам; - Применение принципов здорового образа жизни.
ОК 09	- Эффективность использования в профессиональной деятельности необходимой медицинской документации, в том числе на английском языке.

7.3 Комплект материалов для оценки компетенций

1) ПАКЕТ ЭКЗАМЕНАТОРА

Условия проведения экзамена

Экзамен по ПМ проводится по группам в количестве 10 человек в кабинете.

Количество вариантов заданий для экзаменуемых: 10 вариантов.

Время выполнения каждого варианта заданий: 30 мин.

Технические средства и/или оборудование: персональные компьютеры, периферийные устройства, прикладное программное обеспечение.

2) ЗАДАНИЯ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ

Варианты заданий указаны в ПРИЛОЖЕНИИ А.

3) КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

За каждый правильный ответ задания присваивается:
за тестовый вопрос – 0,1 балла,
за задачу - 2 балла.

7.4 Бланк экзаменационного билета

ЭКЗАМЕН

ПМ 02. Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.
по специальности 31.02.02 Акушерское дело

Студент _____

Группа _____

Билет № _____

Критерии оценки тестового задания – 0,1 балла за каждый правильный ответ

Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

1	2	3	4	5	Итого

Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

1	2	3	4	5	Итого

Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

1	2	3	4	5	Итого

Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

1	2	3	4	5	Итого

Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

Критерии оценки – 2 балла за правильное решение.

Количество баллов за решение задачи	
-------------------------------------	--

Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Критерии оценки – 2 балла за правильное решение.

Количество баллов за решение задачи	
-------------------------------------	--

Штрафные баллы		
Неуверенное решение практической задачи.	0,5 балла	
Общее количество баллов		
Оценка		

_____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

**ПРИМЕРЫ оформления вариантов заданий
для Экзамена по профессиональному модулю:
(необходимо указать 10 вариантов заданий).**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

<p>ЭКЗАМЕН</p> <p>ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.</p> <p><i>Специальность:</i></p> <p>31.02.02 Акушерское дело</p>	<p>УТВЕРЖДАЮ</p> <p>Зав. кафедрой</p> <p>_____/_____/_____/</p> <p>« ____ » _____ 202__ г.</p>
<p>ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 1</p>	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

(Вариант 1).

В родовом отделении роддома находится роженица 25 лет с тазовым предлежанием плода. План родов составлен на консервативное ведение родов. Схватки по 30-35 секунд достаточной интенсивности, частота схваток 4 за 10 минут. отошли околоплодные воды с примесью мекония в большом количестве. Сердцебиение плода приглушенное ритмичное 160 ударов в минуту. Проведено влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, предлежат ягодицы, крестец слева спереди. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Что делать?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

(Вариант 1).

Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад – медицинский аборт в сроке 9-10 недель, осложнившийся эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. Данные УЗИ - исследования: в области левого яичника – однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластичной консистенции до 5-6 см в диаметре, болезненное при пальпации.

Диагноз? План ведения?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 2	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

(Вариант 2).

Первобеременная женщина, 23 лет, доставлена в родильный дом на 36 недели беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в подложечной области, мелькание «мушек» перед глазами. Эти явления появились 1 час тому назад. По данным обменной карты, в течение последних 3 недель, отмечалось повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., отеки, белок в моче. От госпитализации женщина отказывалась. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст, 170/90 мм.рт.ст. Выраженные отеки нижних конечностей. Вскоре после поступления при санитарной обработке, появился припадок судорог. После припадка сознание затемнено. АД 210/120 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 уд. в мин.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении беременной?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
- (Вариант 2).*

В стационар поступила пациентка 68 лет с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят уже в течение 8 месяцев, но к врачу не обращалась. Последняя нормальная менструация в 50 лет. Половая жизнь с 32 лет, беременностей не было. Страдает гипертонической болезнью и ожирением. При осмотре при помощи зеркал шейка матки не изменена. Из цервикального канала - скудные кровяные выделения. При двуручном исследовании влагалище узкое, нерожавшей женщины, шейка матки - конической формы. Матка несколько больше нормы, обычной консистенции. Придатки не пальпируются. Своды свободны. При ректально-абдоминальном исследовании инфильтратов в малом тазу нет.

Диагноз? Методы исследования?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 «Приволжский исследовательский медицинский университет»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ «_____» _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 3	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
 (Вариант 3).

В роддом поступила роженица 31 года с началом родовой деятельности. Первая беременность наступила спустя 2 года после начала половой жизни. Роды продолжались около 2-х суток и закончились рождением доношенного, но слабого ребенка, который умер через несколько дней. Настоящая беременность протекала без осложнений. Таз: 25-26-32-17,5 см. Через час после поступления отошли воды. Схватки через 3-4 мин по 50 сек. Сердцебиение плода отчетливое, 140 уд/мин. Головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере, расположен ближе кпереди. Малый родничок слева, большой – справа. При исследовании легко достигается заднее (левое) ушко. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Как вести роды? Ошибки ведения в женской консультации и в роддоме?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
 (Вариант 3).

Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей – 3. Первая – закончилась нормальными родами, другие беременности – абортми по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает «эрозию» шейки матки после родов, лечение диатермокоагуляция. По органам без особенностей. Гинекологический статус – при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» синебагрового цвета. При двуручном исследовании – шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная, чуть больше нормы. Придатки не пальпируются.

Предположительный диагноз? Какие методы исследования помогут в диагностике заболевания?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 4	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
(*Вариант 4*).

Повторнородящая женщина 20 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью при беременности 39 недель. Несмотря на коррегирующую терапию, родовая деятельность развилась бурно, и через 3 часа от начала схваток родился живой ребенок массой 4200 г. длиной 54 см. Сразу после его рождения из половых путей началось кровотечение алой кровью. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? Возможная причина кровотечения? Тактика врача?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
(*Вариант 4*).

Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение.

Диагноз? План ведения?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 5	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

(Вариант 5).

В родильный дом доставлена повторнородящая женщина с жалобами на схватки и кровянистые выделения из влагалища. В анамнезе 1 своевременные роды и 3 мед. аборта, последний осложнился эндомиометритом. При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительных качеств, АД 120/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Матка с четкими ровными контурами, безболезненная, вне схватки расслабляется. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 5 см, пальпируются плодные оболочки и плацентарная ткань. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? План ведения?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

(Вариант 5).

Больная 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе – 2 родов и 4 мед. аборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм. рт. ст., пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме. При УЗИ – обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые.

Диагноз? План обследования и лечения?

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 6	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

(Вариант б).

Повторнородящая 34 лет, страдающая хроническим гломерулонефритом, поступила в роддом с жалобами на постоянные боли в животе в течение 30 мин и отсутствие шевеления плода с момента появления болей. Беременность доношенная. Женскую консультацию не посещала. При поступлении состояние средней тяжести. Бледная, АД 90/70 мм.рт.ст. на обеих руках, пульс частый слабого наполнения. Выраженные отеки голеней, кистей рук. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Матка напряжена, болезненная при пальпации. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, из влагалища кровянистые выделения темного цвета.

Чем осложнились роды? Какой метод выбрать для родоразрешения?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

(Вариант б).

Больная 16 лет, поступила в стационар по направлению врача женской консультации с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация - с задержкой на 6 дней. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитонеальных симптомов нет, АД 100/70 мм рт ст., пульс 100 ударов в минуту. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Дифференциальный диагноз? Диагностика, тактика ведения?

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 7	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.

(Вариант 7).

В роддом поступила повторнородящая женщина 30 лет с жалобами на схватки в течение 5 часов, воды не отходили. Срок беременности 40 недель. В анамнезе двое своевременных родов, 2 мед. аборта без осложнений. Объективно: ОЖ 100 см, ВДМ 40 см. Над входом в малый таз пальпируется головка – справа подбородок, слегка угол между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода ясное, 138 уд/мин, справа ниже пупка. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие 7-8 см. Плодный пузырь цел. Головка плода над входом в малый таз. Лицевая линия в левом косом размере. Слева кзади – подбородок. Справа и спереди пальпируются глазницы, надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.

Диагноз? Что предпринять?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

(Вариант 7).

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст. Осмотр при помощи зеркал – слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: матка и придатки без особенностей.

Диагноз? План ведения?

<p>ЭКЗАМЕН</p> <p>ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.</p> <p><i>Специальность:</i></p> <p>31.02.02 Акушерское дело</p>	<p>УТВЕРЖДАЮ</p> <p>Зав. кафедрой</p> <p>_____/_____/_____/</p> <p>«_____» _____ 202__ г.</p>
<p>ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 8</p>	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
(*Вариант 8*).

Пациентка К., 29 лет, беременность 32-33 недель, поступила в родильный дом (стационар I уровня) с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 3 часов.

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, простудные.

Трансфизиологический: спокойный.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

Половая жизнь с 18 лет, в браке.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 - самопроизвольный выкидыш при беременности 17-18 недель 1,5 года назад;

2 – настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 5-6 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности: угрожающий выкидыш при беременности 8-9 недель, стационарное лечение.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст.

Матка в тонусе. ОЖ – 85 см, ВДМ – 33 см. Схватки регулярные через 5-6 минут, по 30-40 секунд, умеренной силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 в минуту, ясное, ритмичное.

Воды целые. Отеков нет.

Размеры таза: Distantia spinarum – 26 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см. Индекс Соловьева – 15 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, узкое.

Шейка матки центрирована, укорочена до 1 см, пропускает 2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Диагноз и его обоснование. Тактика ведения на всех этапах оказания специализированной помощи?

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
(Вариант 8).

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет, в браке, без предохранения от беременности. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные кровяные выделения. При осмотре шейки матки при помощи зеркал – поверхность вокруг наружного зева ярко-красного цвета, покрытая гнойными выделениями, размером 2х2 см. При влагалищном исследовании: пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки – без особенностей. Выделения – бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

ЭКЗАМЕН ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями. <i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело	УТВЕРЖДАЮ Зав. кафедрой _____/_____/_____ « ____ » _____ 202__ г.
ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 9	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
(Вариант 9).

Пациентка Р., 24 года, беременность 28-29 недель, поступила в родильный дом с жалобами на ноющие боли внизу живота и пояснице, озноб, повышение температуры до 38,8⁰С, общую слабость, тошноту, головную боль (вышеперечисленные жалобы беспокоят со вчерашнего вечера).

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, хронический тонзиллит, простудные.

Трансфузиологический: спокойный.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность: не отягощена.

Менструации с 13 лет, регулярные, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: двусторонний сальпингоофорит в 16 лет (стационарное лечение), бактериальный вагиноз.

Половая жизнь с 19 лет, в браке.

Течение и исход предыдущих беременностей:

1 – медикаментозный аборт на сроке 4-5 недель 4 года назад, без осложнений;

2 - настоящая.

Данная беременность желанная. Состоит на учете в женской консультации с 8 недель беременности, наблюдалась регулярно, обследована.

Течение настоящей беременности: острый вагинит на сроке 9-10 недель (санация влагалища); при плановом обследовании на сроке 13-14 недель в посеве мочи выявлена бессимптомная бактериурия (*E. Coli* $1,0 \cdot 10^4$ КОЕ/мл), без лечения.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД на обеих руках 120/70 мм. рт. ст.

Матка в нормотонусе. ОЖ – 81 см, ВДМ – 29 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 в минуту, ясное, ритмичное.

Воды целые. Отеков нет.

Размеры таза: Distantia spinarum – 25 см, Distantia cristarum – 29 см, Distantia trochanterica – 31 см, Conjugata externa – 20 см. Индекс Соловьева – 15 см.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, узкое. Выделения светлые, слизистые. Шейка матки отклонена кзади, сформирована, длиной 3 см; предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается, кости таза без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Диагностика и тактика ведения.

6. Решение практической задачи по МДК 02.03 Основы гинекологии.

(Вариант 9).

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные менструации и межменструальные кровянистые выделения.

Из анамнеза:

Наследственность: СД, ГБ у бабушки по материнской линии, с-г ПЖ у дедушки по отцовской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, ветряная оспа, пневмония, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 14 лет. МЦ регулярный, менструации по 7-8 дней, через 28-30 дней, обильные с менархе, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

ПЖ с 17 лет, замужем, контрацепция – прерванный половой акт и презерватив. В ближайшие 5 лет беременность не планирует.

Беременности: 1 (своевременные физиологические роды в 24 года).

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

<p>ЭКЗАМЕН</p> <p>ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.</p> <p><i>Специальность:</i> 31.02.02 Акушерское дело</p>	<p>УТВЕРЖДАЮ</p> <p>Зав. кафедрой</p> <p>_____/_____/_____/</p> <p>« ____ » _____ 202__ г.</p>
<p>ВАРИАНТ ЗАДАНИЙ № 10</p>	

1. Тесты по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.
2. Тесты по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
3. Тесты по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
4. Тесты по **МДК 02.04** Основы неонатологии.
5. Решение практической задачи по **МДК 02.02** Патологическое акушерство.
(*Вариант 10*).

Пациентка Т., 29 лет находится в родовом отделении перинатального центра.
Из анамнеза: соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 20 лет. Беременность 2-я: первая закончилась самопроизвольным выкидышем с последующим выскабливанием полости матки.
Размеры таза: 25 – 29 – 30 – 18 см (диагональная конъюгата - 11 см). Ромб Михаэлиса 9*11 см.
ОЖ=109 см, ВДМ=39 см.
Через 40 минут после начала второго периода родов у пациентки появились кровянистые выделения из половых путей.
АД 130/70 мм рт. ст. (R=S). Пульс 80 уд/мин. Температура 36,9°
Потуги через 2 минуты по 50-55 секунд. Женщина ведет себя беспокойно, кричит, мечется. Матка плохо расслабляется вне потуги, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Сердцебиения плода приглушены, 80-90 ударов в минуту. Симптом Вастена положительный. Мочевой катетер введен с трудом, определяется примесь крови в моче.
При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата к входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Стреловидный шов не пальпируется. Плодного пузыря нет.
Диагноз, обоснование. Тактика ведения и родоразрешения.

6. Решение практической задачи по **МДК 02.03** Основы гинекологии.
(*Вариант 10*).

На специализированный прием в центр «Планирование семьи» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме. Гинекологическое исследование: матка anteversio, anteflexio,

плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. При УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка 48×40×35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15×13×10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18×15×10 мм аналогичной структуры. Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 1

1. Положение плода определяется:
 1. по расположению плода в правой или левой половине матки
 2. по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
 3. по расположению плода в верхней или нижней половине матки
 4. по отношению головки и конечностей к туловищу плода
 5. по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
2. Вид плода определяется:
 1. по отношению спинки плода к левой или правой стенке матки
 2. по расположению плода ближе к передней или задней стенке матки
 3. по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
 4. по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
 5. по отношению конечностей и головки к туловищу плода
3. Укажите все возможные варианты положения плода:
 1. косое и поперечное
 2. головное и тазовое
 3. переднее и заднее
 4. продольное, поперечное, косое
 5. сгибательное и разгибательное
4. Костный таз делится:
 1. на большой и малый таз
 2. на вход, широкую часть, узкую часть, выход
 3. на большой, малый и полость таза
 4. на вход, полость таза, выход
 5. на широкую часть и узкую часть
5. Плоскость входа в малый таз проходит через:
 1. верхний внутренний край симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс
 2. середину внутренней поверхности симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс
 3. верхний край симфиза, середины костных пластинок вертлужных впадин, крестцовый мыс
 4. верхний край симфиза, безымянные линии, первый крестцовый позвонок
 5. нижний край симфиза, подвздошные ямки, крестцовый мыс

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 2

1. Углами ромба Михаэлиса являются:
 1. остистый отросток 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
 2. надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей
 3. надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
 4. остистый отросток 4-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
 5. остистый отросток 1-го крестцового позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей
2. Через середину внутренней поверхности симфиза и сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков проходит:
 1. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 2. прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
 3. прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
 4. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
 5. прямой размер плоскости выхода из малого таза
3. Через седалищные бугры проходит:
 1. прямой размер плоскости входа в малый таз
 2. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 3. поперечный размер плоскости выхода из малого таза
 4. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
 5. прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
4. Малый поперечный размер головки плода проходит между наиболее удаленными точками:
 1. венечного шва
 2. теменных бугров
 3. лобных бугров
 4. височных костей
 5. лямбдовидного шва
5. Средний косой размер головки плода проходит:
 1. от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
 2. от надпереносья до затылочного бугра
 3. от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
 4. от середины большого родничка до подзатылочной ямки
 5. от подбородка до наиболее выступающей части затылка

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 3

1. Вертикальный размер головки плода проходит:
 1. от середины большого родничка до подзатылочной ямки
 2. от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
 3. от надпереносья до затылочного бугра
 4. от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
 5. от подбородка до наиболее выступающей части затылка

2. Conjugata Diagonalis - это расстояние между:
 1. верхним краем симфиза и крестцовым мысом
 2. нижним краем симфиза и серединой крестцового мыса
 3. серединой внутренней поверхности симфиза и крестцовым мысом
 4. нижним краем симфиза и ямкой под остистым отростком 5-го поясничного позвонка
 5. нижним краем симфиза и сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков

3. Плоскость входа в малый таз имеет размеры:
 1. прямой - 11 см, поперечный - 13 см
 2. прямой - 10 см, поперечный - 12 см
 3. прямой - 11 см, поперечный - 13 см, косые - 12 см
 4. прямой - 11 см, поперечный - 12 см, косые - 11 см
 5. прямой - 10 см, поперечный - 13 см, косые - 12 см

4. Плоскость широкой части малого таза имеет размеры:
 1. прямой - 11 см, поперечный - 12 см
 2. прямой - 11.5 см, поперечный - 13 см
 3. прямой - 12.5 см, поперечный - 12.5 см
 4. прямой - 11 см, поперечный - 10.5 см
 5. прямой - 9.5 см, поперечный - 11 см

5. Индекс Соловьева равен:
 1. 12.0 см; измеряется для определения формы таза
 2. 14.0 см; измеряется для определения толщины костей
 3. 16.0 см; измеряется для определения размеров таза
 4. 18.0 см; измеряется для определения наружной конъюгаты
 5. 20.0 см; измеряется для определения диагональной конъюгаты

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 4

1. Наиболее информативным параметром ромба Михаэлиса является:
 1. его форма
 2. его площадь
 3. выраженность его сторон
 4. длина периметра
 5. длина горизонтальной диагонали

2. Размер диагональной конъюгаты в норме равняется:
 1. 14 см
 2. 11 см
 3. 13 см
 4. 10 см
 5. 9 см

3. Укажите размеры окружности головки доношенного плода соответствующие малому, среднему и большому косому размерам:
 1. 30 см, 34 см, 35-38 см
 2. 32 см, 36 см, 40 см
 3. 32 см, 33 см, 38-42 см
 4. 30 см, 32 см, 36 см
 5. 34 см, 36 см, 38 см

4. Наибольшим размером малого таза является:
 1. прямой размер широкой части полости малого таза
 2. поперечный размер широкой части полости малого таза
 3. поперечный размер плоскости входа в малый таз
 4. косые размеры плоскости входа в малый таз
 5. прямой размер плоскости выхода полости малого таза

5. Наименьшим размером малого таза является:
 1. прямой размер плоскости входа в малый таз
 2. прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
 3. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 4. поперечный размер выхода полости малого таза
 5. косые размеры плоскости входа в малый таз

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 5

1. При переднеголовном предлежании:
 1. во входе в малый таз головка совершает сгибание
 2. в полости таза головка поворачивается затылком кпереди
 3. головка прорезывается, совершая сгибание
 4. головка рождается прямым размером
 5. родовая опухоль расположена в области лба

2. При тазовых предлежаниях:
 1. внутренний поворот головки не является обязательным
 2. головка рождается в разгибании
 3. головка рождается окружностью 35 см
 4. первой рождается задняя ручка
 5. форма головки "башенная"

3. Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является:
 1. смешанное ягодичное
 2. ножное предлежание передний вид
 3. чистое ягодичное предлежание передний вид
 4. ножное предлежание задний вид
 5. чистое ягодичное предлежание задний вид

4. Внутренний поворот головки:
 1. происходит в широкой части малого таза
 2. происходит на тазовом дне
 3. начинается в широкой части и заканчивается на тазовом дне
 4. происходит в плоскости входа в малый таз
 5. начинается в плоскости входа и заканчивается на тазовом дне

5. Точкой фиксации на головке в родах при тазовом предлежании является:
 1. передний угол большого родничка
 2. подзатылочная ямка
 3. затылочный бугор
 4. середина большого родничка
 5. надпереносье

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 6

1. Роды делятся на периоды:
 1. раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый
 2. раскрытия, изгнания, последовый
 3. сглаживания шейки, раскрытия, изгнания
 4. подготовительный, раскрытия, последовый
 5. подготовительный, раскрытия, изгнания, ранний послеродовый

2. Началом родов следует считать:
 1. излитие околоплодных вод
 2. продвижение плода по родовым путям
 3. появление схваток с периодичностью 15-20 минут
 4. вставление головки
 5. начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

3. Потуги отличаются от схваток:
 1. увеличением частоты сокращений матки
 2. увеличением интенсивности сокращений матки
 3. присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна
 4. присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза
 5. увеличением частоты, силы и продолжительности сокращений матки

4. Первый период родов называется:
 1. подготовительным периодом
 2. периодом раскрытия
 3. периодом изгнания
 4. латентным периодом
 5. периодом сглаживания шейки матки

5. Второй период родов:
 1. заканчивается рождением головки
 2. обычно длится от 2-х до 4-х часов
 3. начинается с излития околоплодных вод
 4. начинается с момента фиксации головки большим сегментом во входе в малый таз
 5. называется периодом изгнания

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 7

Основными критериями качества работы женской консультации являются все, кроме:

- a. показатель ранней постановки на учет по беременности;
- b. доля женщин, направленных на искусственное прерывание беременности в течение года;
- c. частота невынашивания и недонашивания беременности;
- d. показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- e. отсутствие антенатальной гибели плода.

2. В соответствии с законодательством, работающим женщинам предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью:

- a. 156 календарных дней;
- b. 70 календарных дней;
- c. 86 календарных дней;
- d. 140 календарных дней.

3. Для вычисления срока родов нужно:

- a. от даты последней менструации отнять 3 месяца и 7 дней;
- b. от даты последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней;
- c. от даты зачатия отнять 3 месяца и прибавить 7 дней;
- d. от даты зачатия отнять 3 месяца и 3 дня.

4. Нормальная беременность — это:

- a. одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37 — 41 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений;
- b. одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37 — 42 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений;
- c. одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 38 — 42 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений;
- d. одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 38 — 41 недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

5. Разделите признаки беременности по соответствующим группам:

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. прекращение менструации; | A. сомнительные признаки; |
| 2. визуализация плодного яйца на УЗИ; | B. вероятные признаки; |
| 3. изменение аппетита, тошнота, рвота; | B. достоверные признаки. |

4. раздражительность, сонливость;
5. объективная регистрация ЧСС плода;
6. цианоз слизистой влагалища и шейки матки.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 8

1. «Золотой стандарт» диагностики беременности:
 - a. определение В-субъединицы ХГЧ;
 - b. УЗИ для обнаружения плодного яйца;
 - c. сочетание двух методов: определение В-субъединицы ХГЧ и УЗИ для обнаружения плодного яйца;
 - d. определение В-субъединицы ХГЧ в динамике (не менее 3 раз с интервалом в 5-7 дней).

2. Жалобы, характерные для нормальной беременности:
 - a. тошнота, рвота до 2-3 раз в сутки;
 - b. масталгия;
 - c. ноющие или внезапные колющие боли внизу живота;
 - d. изжога;
 - e. запоры, геморрой;
 - f. все перечисленные;
 - g. b, d, e;
 - h. все, кроме c.

3. Постановка на учет по беременности в женскую консультацию осуществляется до срока беременности:
 - a. 20 недель;
 - b. 8 недель;
 - c. 12 недель;
 - d. 14 недель.

4. В течение какого периода времени необходимо выполнить обследование беременной при постановке на учет:
 - a. 1 месяца;
 - b. 10 дней;
 - c. 15-20 дней;
 - d. 12-14 дней.

5. Частота наблюдений врачом акушером-гинекологом при физиологической беременности:
 - a. не менее 10 раз;
 - b. не менее 8 раз;
 - c. не менее 7 раз;
 - d. не менее 5 раз.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 9

1. Физиологическая кровопотеря в родах не превышает:
 1. 0,5% массы роженицы
 2. 1,0 % массы роженицы
 3. 300 мл
 4. 500 мл
 5. 150 мл

2. Особенностью раскрытия шейки матки у первородящих женщин является:
 1. последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева
 2. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
 3. последовательное укорочение и сглаживание ее
 4. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание
 5. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева

3. Излитие вод следует считать своевременным:
 1. во втором периоде родов
 2. при полном раскрытии маточного зева
 3. при раскрытии маточного зева 3-4 см
 4. до начала родовой деятельности
 5. при раскрытии маточного зева более 6 см

4. Излитие околоплодных вод считается преждевременным:
 1. во втором периоде родов
 2. при полном раскрытии маточного зева
 3. при раскрытии маточного зева 3-4 см
 4. до начала родовой деятельности
 5. при раскрытии маточного зева более 6 см

5. При преждевременном излитии околоплодных вод повышается степень риска:
 1. родовой травмы матери
 2. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 3. родовой травмы у плода
 4. аномалий родовой деятельности
 5. инфекционных осложнений

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.01** Физиологическое акушерство.

Вариант № 10

1. Влагалищное исследование должно производиться:
 1. при излитии вод
 2. по желанию роженицы
 3. каждые 3 часа при физиологическом течении родов
 4. при появлении признаков дистресса плода
 5. каждые 6 часов при физиологическом течении родов
2. К операции ручного отделения плаценты и выделения последа следует приступить:
 1. при наличии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
 2. при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
 3. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 10 минут
 4. при наличии признаков отделения плаценты в течение 15 минут
 5. при наличии признаков отделения плаценты в течение 40 минут
3. При наличии признаков отделения плаценты для выделения последа могут быть применены приемы:
 1. Довженко
 2. Абуладзе
 3. Креде-Лазаревича
 4. Альфреда
 5. Кюстнера-Чукалова
4. Способ Абуладзе применяется:
 1. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов
 2. при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут
 3. при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты
 4. при наличии признаков отделения плаценты для выделения
 5. при задержке отделения доли плаценты
5. Оценка новорожденного по шкале АПГАР:
 1. построена на анализе 5 показателей
 2. включает данные о КОС
 3. позволяет судить о степени гипотрофии
 4. определяется при ежедневном осмотре педиатра
 5. проводится на 1 и 5 минуте после рождения ребенка

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 1

1. Возможные причины предлежания плаценты не включают:
 - а) повышение трофобластических свойств плодного яйца
 - б) аномалии развития плода
 - в) воспалительные процессы в эндометрии
 - г) аномалии развития матки и опухолевые процессы в миометрии
 - д) дистрофические процессы в эндометрии

2. Клиническая картина полного предлежания плаценты включает:
 - а) повторяющиеся кровотечения во второй половине беременности
 - б) отсутствие болевого синдрома
 - в) отсутствие гипертонуса матки
 - г) развивающуюся гипохромную анемию
 - д) все указанное в п. «а»-«г»

3. При диагностике предлежания плаценты следует учитывать:
 - а) данные акушерско-гинекологического анамнеза
 - б) клинические проявления
 - в) результаты наружного акушерского исследования
 - г) данные УЗИ
 - д) все перечисленное в п. «а»-«г»

4. При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется:
 - а) губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
 - б) головка и ручка плода
 - в) ножка плода
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного

5. Длительный гипертонус матки наиболее характерен:
 - а) для предлежания плаценты
 - б) для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 - в) для шеечно-перешеечной беременности
 - г) правильно а) и в)
 - д) для всего перечисленного

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 2

1. Невынашивание беременности – это:
 - а) прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель;
 - б) прерывание беременности до 12 недель;
 - в) чаще наблюдается во II триместре беременности;
 - г) включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода;

2. Наиболее частые причины потери беременности в ранние сроки:
 - а) эндокринопатии;
 - б) генетические аномалии;
 - в) воспалительные процессы половых органов;
 - г) соматические заболевания;

3. Фактор, который ошибочно ассоциируют с ранней потерей беременности:
 - а) авиаперелеты;
 - б) лихорадка;
 - в) употребление алкоголя;
 - г) поздний возраст матери;

4. Неразвивающаяся беременность – это:
 - а) кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности;
 - б) гибель эмбриона или плода на сроке до 22 недель беременности при отсутствии экспульсии продуктов зачатия из полости матки;
 - в) прервавшаяся беременность, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца;
 - г) выраженные боли и кровянистые выделения из влагалища, цервикальный канал приоткрыт;

5. Диагностика неразвивающейся беременности основана:
 - а) на жалобах беременной;
 - б) лабораторных данных;
 - в) данных УЗИ;
 - г) данных объективного осмотра;

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 3

6. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся:
 6. использование пероральных контрацептивов в анамнезе
 7. ВИЧ-ассоциированные инфекции
 8. амниоцентез, кордоцентез
 9. кесарево сечение
 10. отягощенный аллергологический анамнез
7. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается:
 6. при сахарном диабете
 7. при длительных родах (более 18 часов)
 8. при использовании наружной кардиотокографии в родах
 9. при первых родах
 10. в возрасте 25-30 лет
8. Критерии постановки диагноза послеродовый эндометрит:
 6. повышение температуры тела (38°C и выше)
 7. положительные симптомы раздражения брюшины
 8. гнойные выделения из влагалища
 9. субинволюция матки
 10. отсутствие выделений из половых путей
9. Клинические формы послеродового эндометрита:
 6. классическая
 7. неклассическая
 8. эндометрит после кесарева сечения
 9. стертая
 10. истинная
10. Характерные признаки классической формы послеродового эндометрита:
 6. развивается на 1-5 сутки после родов
 7. развивается на 5-7 сутки после родов
 8. повышение температуры более 38°C
 9. незначительное повышение температуры тела (менее 38°C)
 10. характерна болезненность внизу живота

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 4

1. Послеродовое кровотечение — это:

А) кровопотеря до 500 мл во время родов через естественные родовые пути и до 1000 мл при операции кесарево сечение или любой клинически значимый объем кровопотери, возникающий на протяжении 6 недель после рождения плода

Б) кровопотеря >400 мл во время родов через естественные родовые пути и >800 мл при операции кесарево сечение или любой клинически значимый объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности, возникающий на протяжении 6 недель после рождения плода

В) кровопотеря >500 мл во время родов через естественные родовые пути и >1000 мл при операции кесарево сечение или любой клинически значимый объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности, возникающий на протяжении 6 недель после рождения плода

Г) кровопотеря >500 мл во время родов через естественные родовые пути и >1000 мл при операции кесарево сечение или любой клинически значимый объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности, возникающий на протяжении 8 недель после рождения плода

2. К причинам ранних послеродовых кровотечений (возникающих в первые 24 часа) относятся следующие:

А) плотное прикрепление/врастание плаценты

Б) выворот матки

В) субинволюция матки

Г) верно А, В

Д) верно А, Б

Е) все перечисленное

3. Нормальные показатели шокового индекса после родов составляют:

А) 0,7-0,9

Б) >1,0

В) 0,7-1,5

Г) 1,1-2,0

Д) нет правильного ответа

4. Позднее (вторичное) послеродовое кровотечение – это:

А) кровотечение, возникшее >2 часов и <48 часов послеродового периода

Б) кровотечение, возникшее >24 часов и <6 недель (42 дней) послеродового периода

В) кровотечение, возникшее >24 часов и <4 недель (28 дней) послеродового периода

Г) кровотечение, возникшее >2 часов и <6 недель (42 дней) послеродового периода

5. Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения:

А) окситоцин

Б) транексамовая кислота

В) метилэргометрин

Г) верно А, Б

Д) верно А, В

Е) все перечисленные

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 5

1. Диагностические критерии умеренной преэклампсии:
 - a) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
 - b) артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
 - c) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи;
 - d) артериальная гипертензия: САД ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 110 мм.рт.ст., возникшие при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи.
2. Для преэклампсии характерны следующие патофизиологические реакции:
 - a) нарушение реологических свойств крови;
 - b) вазоспазм;
 - c) гиперкоагуляция;
 - d) все перечисленное.
3. Ключевым звеном патогенеза преэклампсии на сегодняшний день признано:
 - a) избыточное потребление жидкости;
 - b) нейроциркуляторные расстройства;
 - c) эндотелиальная дисфункция;
 - d) гормональные сдвиги.
4. Клинические проявления преэклампсии со стороны желудочно-кишечного тракта:
 - a) изжога;
 - b) рвота;
 - c) тошнота;
 - d) все перечисленные.
 - e) ничего из перечисленного.
5. К факторам риска преэклампсии не относится:
 - a) индекс массы тела 18,5- 24,9 кг/м² при первом посещении;
 - b) семейный анамнез преэклампсии;
 - c) хроническая гипертензия;
 - d) многоплодная беременность.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 6

1. Противопоказанием к оперативному влагалищному родоразрешению является:
 - А) стояние головки выше, чем в широкой части полости малого таза
 - Б) предполагаемый вес плода более 4000 г
 - В) задний вид затылочного предлежания
 - Г) срок беременности 36 недель
 - Д) анатомически узкий таз 1 степени

2. К основным условиям проведения влагалищных оперативных родов не относится:
 - А) адекватное обезболивание
 - Б) соответствие размеров таза матери и головки плода
 - В) I период родов
 - Г) живой плод
 - Д) ничего из перечисленного

3. К показаниям к операции наложения акушерских щипцов относится:
 - А) кровотечение в I периоде родов
 - Б) острая асфиксия плода при нахождении головки
 - В) приступ эклампсии при нахождении головки в широкой части полости малого таза
 - Г) отказ пациентки тужиться
 - Д) невозможность определить характер вставления головки

4. К осложнениям при операции наложения акушерских щипцов относятся:
 - А) разрыв лонного сочленения
 - Б) дистоция плечиков
 - В) разрыв матки
 - Г) нарушения мочеиспускания у роженицы
 - Д) все перечисленное

5. К показаниям к проведению вакуум-экстракции плода относится:
 - А) острая гипоксия плода при головке плода находящейся в узкой части полости малого таза
 - Б) низкое поперечное стояние стреловидного шва
 - В) абсолютное клиническое несоответствие
 - Г) интранатальная гибель плода
 - Д) экстрагенитальная патология, требующая укорочения второго периода родов

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 7

1. Таз считается анатомически узким, если:
 - a. если два и более из его размеров уменьшены по сравнению с нормой на 1,5-2 см;
 - b. если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на 1-2 см;
 - c. если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на 1,5-2 см;
 - d. если два и более из его размеров уменьшены по сравнению с нормой на 1-2 см.
2. Клинически узкий таз – это:
 - a. одна из форм анатомически узкого таза;
 - b. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности;
 - c. несоответствие между размерами плода и таза роженицы, независимо от размеров последнего;
 - d. все перечисленное;
 - e. ничего из перечисленного.
3. Какой из показателей лежит в основе классификации анатомически узких тазов по степени сужения:
 - a. Conjugata diagonalis;
 - b. Conjugata vera;
 - c. Distantia spinarum;
 - d. Distantia Tridondani.
4. II степень сужения поперечно-суженного таза определяется при:
 - a. поперечном диаметре входа менее 10,5 см;
 - b. поперечном диаметре входа 11,4 – 10,5 см;
 - c. поперечном диаметре входа 12,5 – 11,5 см;
 - d. поперечном диаметре входа 10,5 – 9,5 см.
5. Что из перечисленного ниже относят к часто встречающимся формам узкого таза:
 - a. кососмещенный;
 - b. воронкообразный;
 - c. общеравномерносуженный;
 - d. остеомалатический.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 8

1. Таз может считаться анатомически узким, если величина Conjugata externa менее:
 - a. 20 см;
 - b. 19,5 см;
 - c. 19 см;
 - d. 18,5 см.

2. К показателям, по которым вычисляют истинную конъюгату относят все, кроме:
 - a. по величине наружной конъюгаты (в зависимости от величины индекса Соловьева);
 - b. по величине диагональной конъюгаты (в зависимости от высоты лонного сочленения и угла наклона таза);
 - c. по вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
 - d. по размеру Крассовского.

3. Антропометрическими показателями узкого таза являются все, кроме:
 - a. размер обуви менее 36;
 - b. длина стопы менее 23 см;
 - c. длина кисти менее 14 см;
 - d. длина I и III пальцев руки менее 6 и 9 см, соответственно.

4. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем:
 - a. может быть вставление головки в косом размере с асинклитическим расположением стреловидного шва;
 - b. в большинстве наблюдений в родах имеет место разрыв промежности;
 - c. головка, сгибаясь, вступает во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере и делает поступательные движения до плоскости выхода;
 - d. во всем перечисленном;
 - e. ни в чем из перечисленного.

5. Простой плоский таз характеризуется:
 - a. уменьшением всех прямых размеров полости малого таза;
 - b. увеличением высоты таза;
 - c. уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба;
 - d. всем перечисленным;
 - e. ничем из перечисленного.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 9

1. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать:
 - а) одышку
 - б) выраженное увеличение размеров сердца
 - в) систолические и диастолические шумы в области сердца
 - г) нарушение сердечного ритма
 - д) все перечисленное

2. При родоразрешении беременной с заболеванием сердца через естественные родовые пути выключения потуг, как правило, производят:
 - а) при недостаточности кровообращения IIА стадии
 - б) при высокой легочной гипертензии
 - в) при мерцательной аритмии
 - г) при всем перечисленном
 - д) ни при чем из перечисленного

3. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться:
 - а) в горизонтальном положении
 - б) с приподнятым ножным концом
 - в) в полусидячем положении
 - г) лежа на боку

4. При пролапсе митрального клапана беременность:
 - а) можно сохранить
 - б) прервать
 - в) пролонгировать в зависимости от состояния

5. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить:
 - а) с эпилепсией
 - б) с преэклампсией
 - в) с острым инфарктом миокарда

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.02 Патологическое акушерство.

Вариант № 10

1. Беременность противопоказана при гипертонической болезни:
 - а) I стадии
 - б) IIА стадии
 - в) IIБ и III стадии
 - г) злокачественной гипертензии
 - д) правильно в) и г)

2. У беременных с артериальной гипотонией часто встречается:
 - а) сердечная недостаточность
 - б) почечная недостаточность
 - в) плацентарная недостаточность
 - г) ничего из перечисленного

3. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита у беременных является:
 - а) протей;
 - б) энтерококки;
 - в) стафилококки, стрептококки;
 - г) кишечная палочка;

4. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), является:
 - а) изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона);
 - б) наличие рефлюксов;
 - в) переохлаждение;
 - г) нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней);
 - д) все перечисленное;

5. Прерывание беременности показано:
 - а) при остром гломерулонефрите
 - б) остром цистите
 - в) бессимптомной бактериурии
 - г) мочекаменной болезни

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 1

1. Эрозия шейки матки и эктропион шейки матки- это:
 - А. Неспецифические изменения шейки матки
 - Б. Доброкачественные заболевания шейки матки
 - В. Злокачественные заболевания шейки матки

2. Эктропион шейки матки – это:
 - А. Нарушение целостности (дефект) слизистой оболочки, выстилающей влагалищную часть шейки матки
 - Б. Выворот слизистой оболочки цервикального канала шейки матки на эктоцервикс

3. Вариант нормального строения шейки матки- это
 - А. Врожденный эктропион
 - Б. Посттравматический эктропион
 - В. Истинная эрозия шейки матки

4. Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ) классифицируется в зависимости от:
 - А. Наличия или отсутствия воспаления
 - Б. Специфических кольпоскопических признаков
 - В. Наличия или отсутствия клеточной атипии

5. Какая патология шейки матки является наиболее опасной для жизни женщины?
 - А. Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ)
 - Б. Истинная эрозия шейки матки
 - В. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical Intraepithelial Neoplasia)
 - Г. Рак шейки матки (РШМ)

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 2

1. ФАКТОРАМИ РИСКА ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:
 - a. Дисплазия соединительной ткани
 - b. Ожирение
 - c. Курение
 - d. Применение КОК

2. РИСК РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:
 - a. Хирургических пособиях в родах
 - b. Употреблении жирной пищи
 - c. Перенесённых операциях на органах брюшной полости
 - d. Верно всё перечисленное

3. ПАРАМЕТР TVL В КЛАССИФИКАЦИИ POP-Q ОПРЕДЕЛЯЕТ:
 - a. Наиболее дистально расположенную часть шейки матки
 - b. Общую длину влагалища
 - c. Длину тела промежности
 - d. Длину половой щели

4. ПАРАМЕТР PV В КЛАССИФИКАЦИИ POP-Q ОПРЕДЕЛЯЕТ:
 - a. Наиболее дистально расположенную часть шейки матки
 - b. Общую длину влагалища
 - c. Длину тела промежности
 - d. Длину половой щели

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
 - a. Боли в нижних отделах живота
 - b. Диспареуния
 - c. Недержание мочи
 - d. Запоры

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.03 Основы гинекологии.

Вариант № 3

Первичная аменорея это:

- а) отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций к возрасту 13 лет;
 - б) отсутствие менструаций при условии развития вторичных половых признаков в возрасте 15 лет;
 - в) отсутствие менструаций через 3 года после телархе;
 - г) правильно – б) ,в);
 - д) правильно – а), б), в).
2. Олигоменорея (с учетом данных FIGO) это:
- а) длительность менструального цикла более 35 дней или частота менструаций менее 9 в год;
 - б) длительность менструального цикла более 38 дней или частота менструаций менее 9 в год;
 - в) длительность менструального цикла более 41 дня или частота менструаций менее 8 в год;
 - г) длительность менструации менее 4 дней или частота менструаций менее 9 в год;
3. Вторичная аменорея это:
- а) отсутствие менструаций в течение не менее 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле;
 - б) отсутствие менструаций в течение не менее 9 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле;
 - в) правильно а
 - г) правильно а и б
4. Синдром Шерешевского-Тернера проявляет себя
- а) гипергонадотропной аменореей;
 - б) нормогонадотропной аменореей;
 - в) гипогонадотропной аменореей;
 - г) гиперпролактинемической аменореей.
5. Вторичная маточная аменорея развивается при
- а) синдроме Шихана;
 - б) синдроме Ашермана;
 - в) синдроме Майера-Рокитанского;
 - г) синдроме нечувствительности к андрогенам.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 4

1. МИОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ 0 ТИПА ИМЕЕТ ЛОКАЛИЗАЦИЮ:
 - a. Субсерозную
 - b. Интрамуральную
 - c. Субмукозную
 - d. Неуточнённую

2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ СКРИНИНГА ПРИ МИОМЕ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - a. Бимануальный осмотр
 - b. УЗИ органов малого таза
 - c. Гистероскопия
 - d. Гистеросальпингография

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ПОДСЛИЗИСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ЯВЛЯЮТСЯ:
 - a. Тянущие боли в нижних отделах живота
 - b. Гиперполименорея
 - c. Дисменорея
 - d. Гноевидные выделения из половых путей

4. ПРИМЕНЕНИЕ ЛНГ-ВМС ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:
 - a. Сочетании миомы матки и аденомиоза
 - b. Подслизистой локализации узла
 - c. Кистах яичников
 - d. Эктопии шейки матки

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ 0 ТИПА ДИАМЕТРОМ ДО 3 СМ
 - a. Установка ВМС “Мирена”
 - b. Гистерорезектоскопия узла
 - c. Лапароскопическая гистерэктомия
 - d. Эндоваскулярная окклюзия маточных артерий

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 5

1. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:
 - a. ВЗОМТ
 - b. Операции на маточных трубах
 - c. Аденомиоз
 - d. Применение КОК

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - a. Маточная труба
 - b. Яичник
 - c. Шейка матки
 - d. Брюшная полость

3. К СИМПТОМАМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТ ВСЁ, КРОМЕ
 - a. Тянущие боли в нижних отделах живота
 - b. Снижение аппетита
 - c. Задержка менструации
 - d. Кровянистые выделения из половых путей

4. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЁРОМ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - a. Гемоглобин
 - b. Альфа-фетопротеин
 - c. Бета-ХГЧ
 - d. СА125

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЮТ
 - a. УЗИ органов малого таза
 - b. МСКТ органов малого таза
 - c. Гистеросальпингографию
 - d. Верно всё перечисленное

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 6

1. Наиболее частая форма ВДКН, встречающаяся более чем в 90% случаев, обусловлена дефицитом:
 - а) 20,22-десмолазы;
 - б) 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы;
 - в) 21-гидроксилазы;
 - г) 17 α -гидроксилазы.

2. Ген CYP21A2 кодирует фермент
 - а) 21-гидроксилаза;
 - б) P450c21;
 - в) 21-гидролаза;
 - г) правильно – б), в);
 - д) правильно – а), б).

3. Неклассическая форма ВДКН это:
 - а) сольтеряющая форма;
 - б) вирильная форма;
 - в) гипертоническая форма;
 - г) ничего из выше перечисленного.

4. Избыточное оволосение, акне, нарушения менструального цикла, бесплодие или невынашивание беременности является ведущими жалобами пациенток при
 - а) вирильной форме ВДКН;
 - б) неклассической форме ВДКН;
 - в) классической форме ВДКН;
 - г) сольтеряющей форме ВДКН.

5. Неонатальный скрининг в роддоме, позволяющий диагностировать классические формы ВДКН предполагает анализ крови новорожденного на:
 - а) CYP21;
 - б) 17-гидроксипрогестерон;
 - в) кортизол;
 - г) дегидроэпиандростерона сульфат.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.03** Основы гинекологии.

Вариант № 7

1. Наиболее точное определение аномального маточного кровотечения (АМК) следующее:
 - а) - чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины;
 - б) - маточное кровотечение, которое по своим характеристикам не укладывается в параметры нормального менструального цикла;
 - в) – кровотечение из половых путей, не связанное с менструацией.
 - г) - маточное кровотечение, чрезмерное по длительности, объему кровопотери и/или частоте;
2. Острое АМК это:
 - а) кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, появившееся менее 3 месяцев назад;
 - б) кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, появившееся менее 6 месяцев назад;
 - в) эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери;
 - г) всё перечисленное верно.
3. Аномальным маточным кровотечением можно считать менструации:
 - а) с частотой менее 21 дня, продолжительностью более 8 дней, объемом более 80 мл;
 - б) с частотой менее 24 дней, продолжительностью более 7 дней, объемом более 80 мл;
 - в) с частотой менее 24 дней, продолжительностью более 8 дней, объемом более 80 мл;
 - г) с частотой более 38 дней, продолжительностью более 7 дней, объемом более 60 мл;
4. Термином ОМК предлагается заменить устаревший термин
 - а) ДМК;
 - б) метроррагия;
 - в) олигоменорея;
 - г) меноррагия;
5. К категории С в классификации PALM-COEIN относится всё, кроме:
 - а) болезни Виллебранда;
 - б) болезни Бернара-Сулье;
 - в) использования антикоагулянтов;
 - г) болезни Верльгофа.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.03 Основы гинекологии.

Вариант № 8

1. Для внутреннего эндометриоза II стадии характерно:
 - a. патологический процесс переходит на мышечные слои;
 - b. патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;
 - c. распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;
 - d. вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

2. «Золотым стандартом» диагностики эндометриоза является:
 - a. магнитно-резонансная томография;
 - b. ультразвуковое исследование органов малого таза;
 - c. исследование уровня СА 125;
 - d. лапароскопия.

3. Для уменьшения хронической тазовой боли и улучшения качества жизни у женщин с эндометриозом рекомендовано:
 - a. занятия йогой;
 - b. прием пищевых добавок;
 - c. диетотерапия;
 - d. прием поливитаминов.

4. Для эндометриоза ретроцервикальной локализации III стадии характерно:
 - a. эндометриоидные очаги в пределах ректовагинальной клетчатки;
 - b. распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки;
 - c. распространение процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки;
 - d. распространение процесса на дистальные отделы мочевыделительной системы.

5. К наиболее значимым клиническим проявлениям эндометриоза не относится:
 - a. аменорея;
 - b. дисменорея;
 - c. бесплодие;
 - d. дисхезия.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.03 Основы гинекологии.

Вариант № 9

1. Нарушения в каких отделах нейроэндокринной системы могут претендовать на стартовую роль в патогенезе СПЯ?
 - a. гипоталамо-гипофизарная система;
 - b. яичники;
 - c. надпочечники;
 - d. периферические инсулинчувствительные ткани;
 - e. варианты a, b, c;
 - f. варианты a, b, d;
 - g. все перечисленные.
2. СПЯ является фактором риска развития всего перечисленного, кроме:
 - a. бесплодие;
 - b. андрогензависимая дерматопатия;
 - c. нарушения углеводного обмена;
 - d. дислипидемия;
 - e. патология молочных желез;
 - f. сердечно-сосудистая патология;
 - g. гиперпластические процессы и рак эндометрия;
 - h. нарушение психического статуса.
3. Наличие каких критериев определяет ановуляторный фенотип СПЯ?
 - a. ановуляция;
 - b. гиперандрогения;
 - c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;
 - d. варианты a, b, c;
 - e. варианты a, b;
 - f. варианты b, c;
 - g. варианты a, c.
4. Наличие каких критериев определяет неандрогенный фенотип СПЯ?
 - a. ановуляция;
 - b. гиперандрогения;
 - c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;
 - d. варианты a, b, c;
 - e. варианты a, b;
 - f. варианты b, c;
 - g. варианты a, c.
5. Наличие каких критериев определяет овуляторный фенотип СПЯ?
 - a. ановуляция;
 - b. гиперандрогения;
 - c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;
 - d. варианты a, b, c;
 - e. варианты a, b;
 - f. варианты b, c;
 - g. варианты a, c.

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.03 Основы гинекологии.

Вариант № 10

1. Бесплодие – это:
 - a. заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 6 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером;
 - b. заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером;
 - c. заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 18 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером;
 - d. заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 24 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером.
2. Первичное бесплодие – это:
 - a. состояние, при котором у женщины не было ни одной беременности, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств;
 - b. состояние, при котором у женщины в прошлом были беременности, однако в течение года регулярной половой жизни без предохранения зачатие более не происходит;
 - c. состояние, при котором у женщины возможность беременности полностью исключена из-за отсутствия матки, яичников и других аномалий развития женских половых органов;
 - d. состояние, при котором у женщины не было ни одной беременности во втором браке, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств.
3. Диагностика причин и лечения бесплодия у пациенток старше 35 лет могут быть начаты при жалобе на неспособность к зачатию при регулярной половой жизни без контрацепции в течение:
 - a. 3 месяцев;
 - b. 4 месяцев;
 - c. 6 месяцев;
 - d. 12 месяцев.
4. Факт произошедшей овуляции может подтверждать уровень прогестерона:
 - a. более 4 нмоль/мл;
 - b. более 6 нмоль/мл;
 - c. более 8 нмоль/мл;
 - d. более 10 нмоль/мл.
5. Обследование супружеской пары по поводу бесплодия должно быть начато:
 - a. у мужчины;
 - b. у женщины;
 - c. у мужчины и женщины одновременно;

d. не имеет значения.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.04 Основы неонатологии.

Вариант № 1

1. Показанием для энтерального питания недоношенного ребенка является:
 - A) Достижение им массы 1200 грамм
 - B) Достижение им массы 1600 грамм
 - C) Способность к удержанию и усвоению энтерального питания
 - D) Экстремально низкая масса тела
 - E) Отсутствие тяжелой неврологической симптоматики

2. Основное составляющее вещество сурфактанта это:
 - A) Фосфотидилхолин
 - B) Фосфотидилглицерол
 - C) Нейтральные липиды
 - D) Протеины А
 - E) Протеиды С
 - F) Углеводы
 - G) Вода

3. Для церебральной ишемии 3 степени по данным доплерографии характерно:
 - A) Паралич магистральных артерий мозга
 - B) Повышение скорости кровотока
 - C) Снижение диастолической скорости кровотока
 - D) Повышение диастолической скорости кровотока
 - E) Маятникообразный характер кривой

4. Показанием для заменного переливания крови у недоношенных:
 - A) Уровень общего билирубина больше 340 ммоль/литр
 - B) Уровень общего билирубина больше 170 ммоль/литр
 - C) Уровень общего билирубина больше 204ммоль/литр
 - D) Уровень общего билирубина больше 255 ммоль/литр
 - E) Уровень общего билирубина больше 119 ммоль/литр

5. Сепсис у недоношенного чаще протекает по варианту:
 - A) Септицемии
 - B) Септикопиемии
 - C) Бактериемии
 - D) Системного воспалительного ответа

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.04 Основы неонатологии.

Вариант № 2

1. Навыками первичной реанимации новорожденного должны владеть:
 - А) акушер-гинеколог
 - Б) акушерка
 - В) неонатолог
 - Г) детская медицинская сестра
 - Д) все перечисленные
2. Что не относится к антенатальным факторам риска развития асфиксии новорожденных:
 - А) преэклампсия
 - Б) многоплодная беременность
 - В) дистоция плечиков
 - Г) маловодие
 - Д) ничего из перечисленного
3. Показаниями к искусственной вентиляции легких у новорожденных является:
 - А) отсутствие дыхания; нерегулярное дыхание (судорожное типа «gaspings»); ЧСС < 100 уд/мин
 - Б) задержка внутриутробного роста плода
 - В) в случае отсутствия всех признаков живорождения
 - Г) отсутствие дыхания; нерегулярное дыхание (судорожное типа «gaspings»); ЧСС > 100 уд/мин
 - Д) наличие мекония в околоплодных водах
4. Интубация трахеи показана новорожденным:
 - А) при необходимости проведения непрямого массажа сердца
 - Б) с подозрением на диафрагмальную грыжу
 - В) родившимся на сроке беременности 34-37 недель
 - Г) родившимся с примесью мекония в околоплодных водах
 - Д) все перечисленное
5. Выберите верное утверждение(я).
 - А) при наличии врожденной диафрагмальной грыжи у плода на УЗИ визуализируется в верхнем отделе брюшной полости расширенные и заполненные жидкостью желудок и двенадцатиперстную кишку - симптом "двойного пузыря" ("double-bubble")
 - Б) новорожденные с установленным диагнозом врожденной диафрагмальной грыжи не нуждаются в переводе в детский хирургический стационар
 - В) врожденная диафрагмальная грыжа — это высокое стояние и отсутствие нормальных дыхательных движений диафрагмы
 - Г) порок развития диафрагмы, возникающий в результате нарушения процесса облитерации плевроперитонеального канала или несостоятельности диафрагмы

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

Вариант № 3

1. Основные показания к инвазивной пренатальной диагностике:
 - А) наличие у плода аномалий развития, при которых возможна успешная хирургическая коррекция
 - Б) возраст матери старше 25 лет, отца старше 30 лет
 - В) подтекание околоплодных вод
 - Г) внутриутробная гибель плода
 - Д) ничего из перечисленного

2. Стандарт ведения физиологической беременности предусматривает:
 - А) три обязательных ультразвуковых исследования при сроках 11-14 недель, 24-26 недель и 30-34 недели
 - Б) три обязательных ультразвуковых исследования при сроках 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели
 - В) четыре обязательных ультразвуковых исследования при сроках 5-8 недель, 11-14 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели
 - Г) три обязательных ультразвуковых исследования при сроках 5-10 недель, 18-21 неделя и 30-34 недели

3. Рождение ребенка с признаками мекониальной аспирации требует проведения следующих мероприятий:
 - А) Опустить ребенка головой вниз и отсосать слизь из ротовой полости
 - Б) Интубация и санация трахеи, бронхов
 - В) Немедленно отсосать слизь из новой полости и обеспечить дренажное положение
 - Г) Немедленно отсосать и проводить перкуссионный массаж
 - Д) Немедленно отсосать из новой полости, кислород через маску

4. Сосательный рефлекс у формируется к:
 - А) 34 неделе гестации
 - Б) 32 неделе гестации
 - С) 38 неделе гестации
 - Д) 26 неделе гестации

5. Сурфактант второго типа начинает вырабатываться к:
 - А) 34 неделе гестации
 - Б) 22 неделе гестации
 - С) 40 неделе гестации
 - Д) 28 неделе гестации

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

Вариант № 4

1. Показанием для проведения люмбальной пункции у новорожденного ребенка является:
А) Судорожный синдром неясной этиологии
В) Гипертермия неясной этиологии
С) Ригидность затылочных мышц, гиперестезия
D) Отрицательный симптом Лессажа
E) Быстро нарастающая внутричерепная гипертензия
2. Показанием для проведения заменного переливания крови у новорожденного ребенка первых суток жизни с гемолитической болезнью является: (выберете правильное сочетание)
А) Уровень общего билирубина в пуповинной крови меньше 51 мкмоль/л
В) Уровень общего билирубина пуповинной крови 51-68 мкмоль/литр
С) Уровень общего билирубина пуповинной крови больше 68 мкмоль/литр
D) Уровень гемоглобина меньше 120г/литр
E) Уровень гемоглобина 140 г/литр
F) Уровень гемоглобина 160 г/литр
3. Эмпирическую антибактериальную терапию врожденной пневмонии:
А) Аминогликозиды
В) Цефалоспорины 3 поколения
С) Цефалоспорины 2 поколения
D) Карбопенымы
E) Полусинтетические пенициллины
F) Цефалоспорины 4 поколения
4. Концентрация фетального пепсина при рождении:
А) Высокая
В) Низкая
С) Не определяется
5. Для клинической картины РДСН характерно:
А) Нарастание клинической симптоматики в первые 2 часа жизни
В) Манифестация клинической картины к концу первых суток жизни
С) Наличие цианоза в первые часы жизни при выраженной гипоксии.
D) Отсутствие цианоза в первые часы жизни при выраженной гипоксии
E) Ослабление дыхания в легких, крепитирующие хрипы при аускультации

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

Вариант № 5

1. Локализация внутрижелудочкового кровоизлияния 2 степени:
А) Субэпендимальное
В) Интравентрикулярное
С) Интра- и перивентрикулярное
2. Показанием для фототерапии 1 – 3 дней у детей с массой менее 1000 граммов является уровень билирубина:
А) 137 мкмоль/литр
В) 51 мкмоль/литр
С) 86 мкмоль/литр
D) 171 мкмоль/литр
3. Для недоношенных детей характерно:
А) Острое течение сепсиса
В) Гипоэргический ответ организма
С) Легочный сепсис
D) Септицемия
E) Септикопиемия
4. Соляная кислота в желудочном соке определяется с:
А) С 38 недели гестации
В) С 32 недели гестации
С) С 36 недели гестации
D) С 28 недели гестации
5. Основными причинами развития респираторного дистресс синдрома являются:
А) нарушение синтеза и экскреции сурфактанта 2 порядка, связанное с незрелостью легочной ткани.
В) Врожденный качественный дефект сурфактанта.
С) Переношенностью
D) Тяжелой гипоксией
E) Течением внутриутробной пневмонии
F) Течением микоплазменной пневмонии

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

Вариант № 6

1. Ведущий синдром при поражении ЦНС у недоношенных детей:
А) Возбуждение
В) Угнетение
С) Гипертензионный
D) Гидроцефальный
E) Судорожный
2. Для тяжелой степени гемолитической болезни новорожденного характерно:
А) Непрямой билирубин <51 мкмоль/литр
В) Гемоглобин > 150 г/литр
С) Непрямой билирубин >68 мкмоль/литр
D) Гемоглобин <110 г/литр
3. Поздний неонатальный сепсис манифестирует с:
А) 4 суток жизни
В) 2 суток жизни
С) 5 суток жизни
D) 3 суток жизни
4. Особенности иммунной системы новорожденного ребенка является:
А) Низкое содержание Т-хелперов
В) Низкое содержание Т-хелперов 2 фенотипа
С) Большое количество зрелых нейтрофилов
D) Низкий уровень иммуноглобулинов G
E) Склонность к нейтропении
F) Высокий уровень иммуноглобулинов M
G) Достаточная бактерицидность нейтрофилов
5. Для средне-тяжелой степени гемолитической болезни новорожденного характерно:
А) Непрямой билирубин <51 мкмоль/литр
В) Гемоглобин > 150 г/литр
С) Непрямой билирубин >68 мкмоль/литр
D) Гемоглобин <110 г/литр
E) Субиктеричность
F) Выраженная гепатоспленомегалия
G) Умеренная гепатоспленомегалия
H) Билирубин 51-68 мкмоль/литр
I) Гемоглобин 110-150 г/литр
J) Билирубин > 85 мкмоль/литр
K) Наличие симптомов билирубиновой интоксикации

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.04 Основы неонатологии.

Вариант № 7

1. Выраженность клинических проявлений при церебральной ишемии 2 степени:
А) 3-5 дней
В) 7-10 дней
С) Более 7 дней
2. Для рентгенологической картины РДСН характерно:
А) Очаговые и инфильтративные тени
В) Реакция плевры
С) Усиление легочного рисунка
D) Снижение пневмотизации легочной ткани
E) Воздушная бронхограмма
3. Назогастральное кормление проводят детям при:
А) Массе менее 2000 грамм
В) Массе менее 1500 грамм
С) Тяжелой неврологической патологии
D) Тяжелой соматической патологии
E) Отсутствии сосательного рефлекса
F) Незаращении твердого неба
4. К груди недоношенный ребенок может быть приложен при (выбрать сочетания):
А) Достижении массы 1800
В) Достижении массы 1500
С) Удовлетворительном и средне-тяжелом состоянии
D) Слабовыраженном сосательном рефлексе
E) Хорошем сосательном рефлексе
F) Отсутствии цианоза и одышки при осмотре.
5. Для рентгенологической картины внутриутробной пневмонии характерно:
А) Очаговые и инфильтративные тени
В) Реакция плевры
С) Усиление легочного рисунка
D) Снижение пневмотизации легочной ткани
E) Воздушная бронхограмма
F) Снижение легочного рисунка

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по **МДК 02.04** Основы неонатологии.

Вариант № 8

1. Для клинической картины ВЖК 3 степени у новорожденного ребенка характерно:
А) Волнообразное течение
В) бессимптомное течение
С) Катастрофическое течение
D) Тонические судороги
E) Клонические судороги
F) Анемия
G) Выраженное угнетение ЦНС
H) Возбуждение ЦНС
2. Показанием для фототерапии у доношенного новорожденного является
А) 137 мкмоль/литр
В) 260 мкмоль/литр
С) 86 мкмоль/литр
D) 171 мкмоль/литр
3. При системном воспалительном ответе в периферическом анализе крови у новорожденного обязательно отмечается:
А) Лейкоцитоз
В) Лейкопения
С) Нейтрофилез
D) Нейтропения
E) Токсическая зернистость нейтрофилов
F) Палочкоядерный сдвиг влево
G) Повышение СОЭ
4. Для недоношенных детей наиболее характерно:
А) Подострое течение сепсиса
В) Гиперергический ответ организма
С) Урогенный сепсис
D) Септицемия
E) Септикопиемия
5. Показанием для фототерапии 1 – 3 дней у детей с массой 1000-1250 граммов является уровень билирубина:
А) 137 мкмоль/литр
В) 51 мкмоль/литр
С) 86 мкмоль/литр
D) 171 мкмоль/литр

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.04 Основы неонатологии.

Вариант № 9

1. Возможные клинические проявления субарохноидального кровоизлияния у новорожденного ребенка:
 - А) Бессимптомное течение
 - В) Атипичные судороги
 - С) Тонические судороги
 - Д) Гипертензионный синдром
 - Е) Синдром возбуждения ЦНС
 - Ф) Синдром угнетения ЦНС
 - Г) Гиперстезия
 - Н) Симптом интоксикации Гипертермия
2. Осложнения РСДН:
 - А) Интерстициальная легочная эмфизема
 - В) Пневмомедиастинум
 - С) Пневмоторакс
 - Д) Гнойный абсцесс легкого
 - Е) Сепсис
3. Специализированными смесями для недоношенных детей являются:
 - А) Фрисопре
 - В) Альфаре
 - С) ПреНан
 - Д) Прегестимил
 - Е) Хумана «0»
 - Ф) Фрисопеп
4. Этиологию сепсиса можно диагностировать при наличии:
 - А) Результатов посевов крови
 - В) Идентичных высевок из первичного очага и крови
 - С) Идентичных высевок из трех сред
 - Д) Высевок со слизистой рта и спино-мозговой жидкости
5. Клинико-лабораторными критериями синдрома холестаза является:
 - А) Ахолия стула
 - В) Повышение уровня трансфераз
 - С) Повышение уровня прямого билирубина более 10% от общего
 - Д) Повышение уровня щелочной фосфатазы
 - Е) Иктеричность кожных покровов с рождения
 - Ф) Повышение уровня непрямого билирубина
 - Г) Повышение уровня прямого билирубина более 20% от общего

Экзамен

ПМ. 02 Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространенными гинекологическими заболеваниями.

Тестовые задания по МДК 02.04 Основы неонатологии.

Вариант № 10

1. Основные критерии диагностики внутриутробной пневмонии:
 - A) Лейкоцитоз в первые сутки жизни более 21000/мл
 - B) Высев идентичной флоры у матери и у плода в первые сутки жизни
 - C) Усиление легочного рисунка в первые сутки жизни
 - D) Очаговые тени на рентгенограмме легких в первые сутки жизни
 - E) Гнойное отделяемое из трахеальной трубки при первичной интубации

2. Физиологические потребности белка (грамм на килограмм) у недоношенного ребенка:
 - A) 2,8-4,5
 - B) 2,25-4,0
 - C) 2,8-3,1
 - D) 4,0-6,1

3. Признаки внутрипеченочного холестаза:
 - A) Типичная визуализация желчного пузыря и желчевыводящих путей
 - B) Постоянная ахолия стула
 - C) Обязательное повышение уровня ГГТ
 - D) Преимущественное повышение уровня прямого билирубина
 - E) Повышение уровня щелочной фосфатазы
 - F) Быстро нарастающие симптомы билирубиновой интоксикации

4. Выраженность дыхательных расстройств у новорожденных оценивают по шкале:
 - A) Сотниковой
 - B) Даунса
 - C) Боллард
 - D) Апгар
 - E) Сильвермана

5. Для синдрома Байлера характерно:
 - A) Типичная визуализация желчного пузыря и желчевыводящих путей
 - B) Постоянная ахолия стула
 - C) Снижение уровня ГГТ
 - D) Преимущественное повышение уровня прямого билирубина
 - E) Повышение уровня желчных кислот в крови
 - F) Быстро нарастающие симптомы билирубиновой интоксикации