

Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Кафедра «Педиатрии, акушерства и гинекологии»

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о.зав. кафедрой
к.м.н. о.с. /О.С.Чебан/
«31» августа 2023г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Учебной дисциплины:

«Акушерство и гинекология»

Направление подготовки:

3.31.05.02 «Педиатрия»

Квалификация выпускника

«Врач - педиатр»

Форма обучения:

Очная

2020 год набора

Разработали:

Марц / Марц О.О., асс.
о.с. / Чебан О.С., доц.

Тирасполь 2023 г.

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:

«Акушерство и гинекология»

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

Знать:

- факторы риска для беременности и родов, влияние экологии и лекарственных средств на состояние беременных, внутриутробного плода;
- основные принципы рационального ведения беременности, родов, послеродового (послеоперационного) периодов;
- правила организации родовспоможения, циклической обработке отделений Центра матери и ребенка, критерии выписки, рекомендации;
- характеристику и биофизический профиль внутриутробного плода;
- основы законодательства по охране материнства и детства, приказы МЗ ПМР по родовспоможению;
- дидактические параметры нормы и патологии в акушерстве и гинекологии: обследование, лабораторные данные, кардиотокография, УЗИ и пр.;
- мероприятия неотложной помощи в акушерстве и гинекологии (эклампсия, кровотечения, родовой травматизм);
- основы организации профилактических мероприятий в акушерстве и гинекологии.

Уметь:

- диагностировать беременность разных сроков в норме и патологии, оценивать реализацию факторов риска для матери и плода;
- обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, этики и деонтологии в акушерстве и гинекологии, соблюдать правила техники безопасности;
- принять нормальные роды, провести осмотр родовых путей, профилактику повышенной кровопотери;
- оценить состояние женщины после родов;
- оценить новорожденного по шкале Апгар, измерить его параметры, другие особенности (то же касается недоношенного и переношенного новорожденных);
- Принять участие в ведении патологической беременности, патологических родов, операций, послеродового (послеоперационного) периодов;
- проводить диагностику, лечение, ведение беременности и родов при экстрагенитальной патологии (анемия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания почек);
- принять роды в тазовом предлежании плода, принять роды при патологическом вставлении головки плода, наложить акушерские щипцы, произвести плодоразрушающие операции (фантом, кукла);

- оказать неотложную помощь в чрезвычайных ситуациях: акушерские кровотечения, травматизм, эклампсия, острый дистресс плода;
- заполнять и вести медицинскую документацию: история родов, описание операций и пр.;
- анализировать и оценивать качество медицинской помощи в акушерстве и гинекологии, а также состояние здоровья женщин, влияние на него окружающей и производственной среды.

Владеть:

- понятийно-терминологическим аппаратом в области нормального и патологического акушерства;
- алгоритмами диагностики и лечения всей акушерской патологии;
- приемами и способами ведения нормальных, патологических родов, осложнений послеродового и послеоперационного периода;
- тактикой оказания помощи при ухудшении состояния и в чрезвычайных ситуациях при акушерской и гинекологической патологии;
- оценкой состояния внутриутробного плода и новорожденного с внутричерепной родовой и другими видами травмы;
- техникой основных акушерских и гинекологических операций и пособий на фантоме с куклой: владеть инструментарием;
- оформлением документации: история родов и развития новорожденного, дневниковые записи, выписной эпикриз и пр.

Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
7 семестр			
1.	Раздел 1. Акушерство Темы 1-8	ОК – 1 ОК – 7 ОПК – 4 ПК – 5 ПК – 6 ПК - 8	Контрольная работа №1 Ситуационные задачи 1 – 10 Реферат 1 - 5 Коллоквиум №1
Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
8 семестр			
1.	Раздел 1. Акушерство Темы 1-11	ОК – 1 ОПК – 4 ПК – 5 ПК – 6 ОК – 7 ПК - 8	Контрольная работа №1 Ситуационные задачи 1 – 30 Реферат 1 - 10 Коллоквиум №2
Промежуточная аттестация		ОК – 1 ОК – 7 ОПК – 4 ПК – 5 ПК – 6 ПК - 8	Зачет: устное собеседование по предложенным вопросам из разделов «Нормальное, патологическое акушерство»
Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы	Код контролируемой	Наименование оценочного средства

	(темы) дисциплины и их наименование	компетенции (или ее части)	
9 семестр			
1.	Раздел 2. Гинекология Темы 1-7	ОК – 1 ОК – 7 ОПК – 4 ПК – 5 ПК - 12	Контрольная работа №1 Ситуационные задачи 1 – 30 Реферат 1 - 8 Коллоквиум №1
Промежуточная аттестация		ОК – 1 ОК – 7 ОПК – 4 ПК – 5 ПК - 12	Экзамен: устное собеседование по предложенным вопросам

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Критерии оценки	Представление оценочного средства в фонде
1.	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по темам	2 – 5	Комплект контрольных заданий по вариантам
2.	Ситуационные задачи	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагаем осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	2 - 5	Задачи
3.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной темы	2 - 5	Темы рефератов
4.	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала раздела дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися	2 - 5	Вопросы по разделам дисциплины

Контрольная работа. Тесты по дисциплине (примеры)

1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным
 - а) все размеры уменьшены на 0.5-1 см
 - б) хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см

- в) все размеры уменьшены на 1.5-2 см
 - г) хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см
 - д) ничего не верно
2. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее
- а) 20 см
 - б) 19.5 см
 - в) 19 см
 - г) 18.5 см
 - д) 18 см
3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее
- а) 12 см
 - б) 11.5 см
 - в) 11 см
 - г) 10.5 см
 - д) 10 см
4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет
- а) менее 13.5 до 13 см
 - б) менее 13 до 12.5 см
 - в) менее 12.5 до 12 см
 - г) менее 12 до 11.5 см
 - д) менее 11.5 до 11 см
5. Частота анатомически узкого таза составляет
- а) 10-8%
 - б) 7-6%
 - в) 5-4%
 - г) 3-2%
 - д) менее 2%
6. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем
- а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода
 - б) может быть высокое прямое стояние головки плода
 - в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота
 - г) во всем перечисленном
 - д) ни в чем из перечисленного
7. При следующих размерах:
D.sp - 24 см, D.cr - 27 см, D.tr - 30 см, C.ext - 18 см таз следует отнести
- а) к плоскорихитическому
 - б) к простому плоскому
 - в) к поперечносуженному
 - г) к косому
 - д) к общеравномерносуженному

8. При следующих размерах:
D.sp - 26 см, D.cr - 27 см, D.tr - 31 см, C.ext - 17.5 см таз следует отнести
- к плоскоррахитическому
 - к простому плоскому
 - к поперечносуженному
 - к косому
 - к общеравномерносуженному
9. Указанные особенности биомеханизма родов:
- длительное стояние головки плода стреловидным швом
 - в поперечном размере входа в малый таз;
 - некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз;
 - асинклитическое вставление головки плода
(чаще задне-теменной асинклитизм)
- характерны для следующей формы анатомически узкого таза
- простой плоский
 - плоско-рахитический
 - общеравномерносуженный
 - поперечносуженный
10. Для общеравномерносуженного таза характерно
- уменьшение только прямого размера входа в малый таз
 - одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
 - удлинение крестца
 - правильно б) и в)
 - все перечисленное
11. Уплощение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза
- поперечносуженного
 - простого плоского
 - плоско-рахитического
 - общеравномерносуженного
 - кососмещенного
12. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности
- головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером
 - внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую
 - ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
13. Простой плоский таз характеризуется
- уменьшением всех прямых размеров полости малого таза
 - увеличением высоты таза
 - уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба

- г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
14. Указанные особенности биомеханизма родов:
- долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз;
 - выраженное сгибание головки плода;
 - строго синклитическое вставление головки плода
- характерны для следующей формы анатомически узкого таза
- а) общеравномерносуженного
 - б) общесуженного плоского
 - в) простого плоского
 - г) поперечносуженного
 - д) плоско-рахитического
15. Степень сужения таза определяется, как правило, по уменьшению размера
- а) анатомической конъюгаты
 - б) истинной конъюгаты
 - в) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
 - г) высоты стояния дна матки
 - д) поперечного размера матки
16. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения
- а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
17. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к степени сужения
- а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
18. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет
- а) высота дна матки
 - б) окружность живота
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
19. Клинически узкий таз - это
- а) одна из форм анатомически узкого таза
 - б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
 - в) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
20. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются
- а) анатомическое сужение таза

- б) крупный плод
 - в) задне-теменной асинклитизм
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленные
21. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) характеризуются следующим
- а) биомеханизм родов соответствует форме таза
 - б) длительность родового акта больше обычной
 - в) симптом Вастена отрицательный
 - г) правильно а) и б)
 - д) всем перечисленным
22. III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими признаками
- а) биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза
 - б) признак Вастена положительный
 - в) отсутствует способность головки плода к конфигурации
 - г) правильно а) и в)
 - д) всеми перечисленными
23. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют
- а) об окончании первого периода родов
 - б) о начавшемся разрыве матки
 - в) о клинически узком тазе
 - г) об ущемлении передней губы шейки матки
 - д) о всем перечисленном
24. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правилен выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий)
- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления потуг и естественного родоразрешения
 - б) наложение акушерских щипцов
 - в) вакуум-экстракция плода
 - г) операция кесарева сечения
 - д) правильно а) и б)
25. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильна следующая акушерская тактика
- а) внутривенная капельная стимуляция окситоцином
 - б) применение приема Кристеллера или бинта Вербова
 - в) проведение наружного поворота плода на тазовый конец
 - г) проведение операции кесарева сечения
 - д) правильно а) и б)
26. Признак Вастена можно оценить при всех перечисленных условиях, кроме
- а) целых околоплодных вод
 - б) излития околоплодных вод
 - в) прижатой ко входу в малый таз головки плода

- г) открытия шейки матки на 8-10 см
 - д) ничего из перечисленного
27. Положительный симптом Вастена, как правило, свидетельствует
- а) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
 - б) об угрозе разрыва матки
 - в) о наличии крупного плода
 - г) о всем перечисленном
 - д) ни о чем из перечисленного
28. При задне-теменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить
- а) кесарево сечение
 - б) родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков
 - в) внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков
 - г) акушерские щипцы
 - д) вакуум-экстракцию плода
29. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен
- а) ближе к лону
 - б) ближе к мысу
 - в) строго по оси таза
 - г) ничего из перечисленного
30. Функциональную оценку таза следует проводить
- а) в I периоде родов
 - б) во II периоде родов
 - в) после излития околоплодных вод
 - г) период родов значения не имеет
31. Если анатомически узкий таз сочетается с передне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести
- а) со стимуляцией окситоцином
 - б) со спазмолитиками
 - в) в зависимости от формы анатомически узкого таза
 - г) в зависимости от роста роженицы
32. Отрицательный признак Вастена, как правило, свидетельствует
- а) о полном соответствии головки плода и таза матери
 - б) ни о чем не свидетельствует
 - в) о наличии некрупного плода
 - г) о правильном вставлении головки плода
 - д) правильно а), в) и г)
33. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести
- а) консервативно
 - б) в зависимости от формы анатомически узкого таза
 - в) в зависимости от массы тела плода
 - г) только путем кесарева сечения
34. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде

вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом

- а) проводится всегда
- б) не проводится
- в) в зависимости от артериального давления роженицы
- г) в зависимости от предлежания плода
- д) правильно в) и г)

35. Для выбора тактики ведения родов важнее всего определить

- а) форму анатомически узкого таза
- б) степень сужения таза
- в) росто-весовые показатели женщины
- г) все перечисленное
- д) правильно а) и б)

36. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода

- а) передний асинклитизм
- б) задний асинклитизм
- в) высокое прямое вставление стреловидного шва
(у женщин с поперечносуженным тазом)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

37. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является

- а) некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз
- б) внутренний поворот головки плода совершается на тазовом дне
- в) по окончании внутреннего поворота головки плод находится, как правило, в заднем виде (по спинке)
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

38. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является

- а) малый родничок
- б) середина между большим и малым родничками
- в) большой родничок
- г) середина лобного шва

39. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются

- а) надпереносица
- б) верхняя челюсть
- в) затылочный бугор
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

40. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей

- а) малому косому размеру
- б) среднему косому размеру

- в) большому косому размеру
 - г) прямому размеру
 - д) вертикальному размеру
41. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является
- а) середина лобного шва
 - б) корень носа
 - в) большой родничок
 - г) малый родничок
42. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят
- а) путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода
 - б) с помощью атипичных акушерских щипцов
 - в) путем кесарева сечения
 - г) с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами
 - д) с применением рассечения шейки матки и промежности
43. Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода
- а) возможны
 - б) невозможны
 - в) требуют индивидуального подхода
 - г) зависит от массы плода
44. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером?
- а) при переднем виде затылочного предлежания
 - б) при заднем виде затылочного предлежания
 - в) при переднеголовном предлежании
 - г) при лобном предлежании
 - д) при лицевом предлежании
45. При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода свидетельствует
- а) окружность живота более 100 см
 - б) высота дна матки свыше 39 см
 - в) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
46. Клинически узкий таз - это
- а) остановка родов из-за утомления роженицы
 - б) упорная слабость родовой деятельности
 - в) дискоординация, переходящая в слабость схваток и потуг
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
47. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место
- а) положительный симптом Вастена
 - б) задне-теменной асинклитизм
 - в) потуги при высоко стоящей головке
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного

48. При абсолютном несоответствии имеет место
- прекращение мочеиспускания
 - потуги при высоко стоящей головке
 - кровотечение из половых путей
 - все ответы правильные
 - правильно а) и б)
49. При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкает надпереносье и надбровные дуги, с другой - передний угол большого родничка. В этом случае имеет место предлежание плода
- затылочное
 - переднеголовное
 - лобное
 - лицевое
50. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить
- крупный плод
 - гидроцефалию плода
 - лобное предлежание плода
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
51. Следующий биомеханизм родов:
- сгибание головки плода во входе в малый таз,
 - внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди,
 - разгибание головки
- характерен для предлежания
- переднеголового
 - лобного
 - лицевого
 - затылочного, передний вид
 - затылочного, задний вид
52. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?
- передний вид затылочного предлежания
 - задний вид затылочного предлежания
 - переднеголовное предлежание
 - лобное предлежание
 - лицевое предлежание
53. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен
- ближе к лону
 - ближе к мысу
 - строго по оси таза
 - ничего из перечисленного
54. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является

- а) подъязычная кость
- б) подбородок
- в) нос
- г) лоб
- д) верхняя челюсть

55. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является

- а) подъязычная кость
- б) верхняя челюсть
- в) подзатылочная ямка
- г) правильно а) и в)
- д) правильно б) и в)

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

Беременность сроком 8 недель. С целью прерывания беременности произведено какое-то внутриматочное вмешательство. Температура 38, пульс 112 ударов в минуту. Общее недомогание, шейка пропускает палец, матка увеличена до 8 недель, болезненная. Умеренные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? ГРУППА РИСКА

ЗАДАЧА № 2

Плод погиб 5 недель назад. Роды при сроке беременности 38 недель мертвым плодом. Самостоятельно отделился и выделился послед. Детское место целое, оболочки все. После рождения последа началось кровотечение. Матка плотная. Вытекающая из половых путей кровь не свертывается. Взятая из вены в пробирку кровь не свертывается в течение 15 мин.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? КАКОВА ОШИБКА ВРАЧА женской консультации?

ЗАДАЧА № 3

Родился доношенный ребенок с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту. Оценка по шкале АПГАР?

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 4

При обследовании беременной установлен ревматизм, не активная фаза: митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Недостаточность кровообращения II-A стадии. Таз нормальный. Головка прижата ко входу в таз. При сроке беременности 38 недель началась родовая деятельность.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 5

Первые роды в срок продолжаются 8 часов. Воды отошли 4 часа назад. Таз нормальный. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное. Выражены отеки, резкая головная боль, АД 180/120 мм рт. ст. Начались судороги, потеря сознания. При влагалищном исследовании: открытие зева полное, головка плода в узкой части полости малого таза.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 6

Через 15 мин. после рождения последа из половых путей появились обильные кровяные выделения. Кровопотеря одномоментно достигла 500 мл и продолжается. Матка при наружном массаже дряблая, слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 7

Первые своевременные роды длятся 6 часов. Явление преэклампсии I ст. Схватки хорошей силы через 4-5 минут по 35-40 сек. болезненные. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Воды не изливались. Открытие шейки матки 3 см.

ДИАГНОЗ? ГРУППА РИСКА? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 8

I беременность 41-42 нед. Дородовое излитие околоплодных вод, окрашенных меконием. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной до 3-х см, отклонена кзади, плотной консистенции, цервикальный канал с трудом проходим для пальца.

ДИАГНОЗ? ГРУППА РИСКА? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 9

Беременность 20 недель за последние 2 месяца матка не только увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10 нед. сроку беременности. Шейка закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние вполне удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 10

У беременной при сроке беременности 12 нед, случайным лицом была сделана попытка произведения аборта каким-то инструментом. При осторожном зондировании обнаружено большое перфорационное отверстие по правому ребру матки, на уровне внутреннего зева. Значительное кровотечение.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 11

Первая беременность, роды в срок. Регулярная родовая деятельность продолжается 3 часа, таз нормальный. Симптомы нефропатии. Внезапно появились резкие боли в животе, обморок, падение АД. Матка плотная, между схватками не расслабляется. Выбухание контуров матки по правому ребру и резкая болезненность в этой области. Сердцебиение плода прекратилось. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки на 3 см, плодный пузырь цел. Головка малым сегментом во входе в таз, незначительные кровяные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? ГРУППА РИСКА?

ЗАДАЧА № 12

При обследовании беременной в женской консультации выявлено: беременность 36 нед., отеки нижних конечностей, в моче 0,09 промилей белка, АД 160/90мм рт. ст. Самочувствие удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 13

Роды первые в срок продолжаются 16 часов. Таз 26-27-30-17. Диагональная конъюгата 10 см. Преждевременное излитие вод. Открытие зева полное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделения гнойные с запахом. Температура 38,5.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 14

Беременность 40 нед. роды начались 10 часов назад, схватки каждые 15-20 мин по 10-15 секунд, слабые. Таз 26-28-32-20. При влагалищном исследовании установлено: шейка сглажена, открытие 2 см. Головка прижата ко входу в малый таз.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 15

У роженицы с массой тела 60 кг через 20 мин. после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 250,0 мл. Признаков отделения плаценты нет.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 16

Беременность 10 нед: сегодня произошел самопроизвольный выкидыш. Доставлено плодное яйцо целое на вид. Шейка матки пропускает 1 палец. Матка увеличена до 7 нед. беременности. Небольшие кровяные выделения.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 17

Двойня. Первый плод только что родился. Второй плод в головном предлежании. Плодный пузырь цел. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту. Схваток нет.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 18

Первобеременная 39 лет, беременность по всем данным переносится на 2-3 нед. Крупный плод. Размеры таза 25-28-31-20 см. Головка плода над входом в малый таз.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? КАКУЮ ОШИБКУ ДОПУСТИЛ ВРАЧ женской консультации?

ЗАДАЧА № 19

У первобеременной срок беременности 8 недель. Размеры таза 23-26-30-15 см. Диагональная конъюгата 8 см.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 20

Беременность 37 нед. Первая беременность закончилась своевременными нормальными родами, при обследовании беременной: головка плода над входом в таз, сердцебиение плода ясное. Установлена резус-отрицательная кровь, титр антител 1:64.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 21

Первая беременность сроком 36 нед. головка плода определяется в левой стороне матки. Над входом в малый таз предлежащая часть не определяется.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 22

У женщины, считавшей себя беременной 16 нед, матка увеличена соответственно 22 неделям беременности, округлая, мягкая. Появились кровянистые выделения из половых путей. Сердцебиение плода не выслушивается.

ДИАГНОЗ? ГРУППА РИСКА? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 23

Прошло 30 мин. после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 24

При беременности 12 нед без видимой причины появились боли внизу живота и незначительные сукровичные выделения, при исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено соответственно указанному сроку беременности.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 25

Вторые своевременные роды продолжаются 8 часов, воды излились 2 часа тому назад, таз 26-27-30-17, диагональная конъюгата 10 см. Открытие шейки 8 см. Плодного пузыря нет. Головка плода крупная, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Первые роды закончились краниотомией. Вес плода (без мозга) 3000 г.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 26

Через 15 мин после рождения последа, который при осмотре оказался целым появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность родильницы. Пульс 110 ударов в мин., АД 90/60 мм рт. ст.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 27

Первые своевременные роды. Открытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода хорошее. Припадок эклампсии.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 28

После длительных родов в домашних условиях роженица доставлена в родильный дом в состоянии шока. При обследовании установлено: размеры таза 23-26-29-18 см, части плода определяются ясно при пальпации брюшной стенки. Сердцебиение плода отсутствует. Рядом с плодом пальпируется плотное тело, верхний полюс стоит на уровне пупка. Из влагалища кровяные выделения в умеренном количестве.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ЗАДАЧА № 29

Роды вторые в срок, длятся 16 часов, первые роды закончились рождением мертвого плода. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контракционное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие зева полное. Головка малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ? КАКАЯ ОШИБКА при беременности и родов.

ЗАДАЧА № 30

Во время искусственного медицинского аборта при сроке беременности 8 нед., произведена перфорация матки расширителем Гегара в области дна. Состояние больной хорошее, пульс 72 удара в мин. Признаков внутреннего кровотечения и раздражения брюшины нет.

ДИАГНОЗ? ПЛАН ВЕДЕНИЯ?

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

Раздел 1. Акушерство

№ п/п	Тема
1.	Физиология менструальной функции.
2.	Роды: причины, биомеханизм, течение, ведение.
3.	Кровотечения во II половине беременности.
4.	Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.
5.	Геморрагический шок. Классификация, тактика.
6.	ДБС-синдром, диагностика, лечение.
7.	Преэклампсия, эклампсия. Клиника, лечение.
8.	Тазовые предлежания плода: классификация, диагностика, ведение.

Раздел 1. Акушерство

1.	Аномалии родовой деятельности.
2.	Родовой травматизм матери и плода.
3.	Акушерский перитонит.
4.	Кесарево сечение в современном акушерстве.
5.	Узкий таз в современном акушерстве.
6.	Сепсис, септический шок.
7.	Невынашивание беременности. Преждевременные роды.
8.	Переношенная беременность. Запоздалые роды.
9.	Послеродовый эндометрит, диагностика, классификация, лечение, профилактика.
10.	Резус-конфликтная беременность.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ
Раздел 2. Гинекология

№ п/п	Тема
1.	Методы исследования в гинекологии
2.	Аномальные маточные кровотечения
3.	Аменорея
4.	СПКЯ
5.	ПМС
6.	ВДКН
7.	Климактерический синдром

Вопросы к коллоквиумам

Раздел 1 Акушерство

Коллоквиум № 1

1. Костный таз: размеры, плоскости. Истинная конъюгата.
2. Плод. Оценка. Размеры головки.
3. Диагностика беременности. Сроки декретного отпуска.
4. Роды. Причины наступления, классификация.
5. Течение и ведение родов по периодам.
6. Послеродовый период. Клиника. Ведение.
7. Новорожденный: оценка по Апгар (первичная обработка).
8. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде.
9. Преэклампсия: классификация, лечение.

Раздел 1. Акушерство

Коллоквиум № 2

1. Аномалии родовой деятельности: причины, классификация, диагностика, тактика.
2. Неправильные вставления головки плода.
3. Неправильные положения плода, тактика.
4. Родовой травматизм матери, клиника, тактика.
5. Узкий таз: классификация, ведение родов.
6. Невынашивание беременности. Причины, диагностика, тактика. Оценка новорожденного.
7. Переношенная беременность: диагностика, тактика. Оценка плаценты и новорожденного.
8. Акушерские щипцы: строение, техника, осложнения.
9. Кесарево сечение: виды, техника.
10. Послеродовые септические заболевания: этиология, классификация, диагностика, врачебная тактика.

Вопросы к коллоквиумам

Раздел 2. Гинекология

Коллоквиум № 1

10. Методы исследования в гинекологии.
11. Аномальные маточные кровотечения.
12. Аменорея.
13. Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии.
14. Неспецифические воспалительные заболевания.
15. Кольпит: клиника, диагностика, лечение.
16. Эндоцервицит: клиника, диагностика, лечение.
17. Эндометрит: клиника, диагностика, лечение.
18. Аднексит: клиника, диагностика, лечение.

19. Параметрит: клиника, диагностика, лечение.
20. Пельвиоперитонит: клиника, диагностика, лечение.
21. Воспалительные заболевания специфической этиологии: определение, этиология, патогенез, классификация.
22. Гонорея: клиника, диагностика, лечение.
23. Трихомониаз: клиника, диагностика, лечение.
24. Хламидиоз: клиника, диагностика, лечение.
25. Генитальный герпес: клиника, диагностика, лечение.
26. Генитальный туберкулез: клиника, диагностика, лечение.

Вопросы для устного собеседования контроля знаний 7 семестр

1. Организация работы акушерского стационара.
2. Строение таза.
3. Таз с акушерской точки зрения.
4. Истинная конъюгата. Способы определения.
5. Диагностика ранних сроков беременности.
6. Диагностика поздних сроков беременности.
7. Роды. I период. Течение. Ведение.
8. Роды. II период. Течение. Ведение.
9. Роды. III период. Течение. Активное ведение III периода родов.
10. Туалет новорожденного.
11. Послеродовый период.
12. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
13. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
14. Тазовые предлежания плода.
15. Классическое ручное пособие.
16. Предлежание плаценты.
17. ПОНРП.
18. Гипотония атония матки. Дифдиагностика.
19. Алгоритм остановки кровотечения.
20. Плацентарная недостаточность. Задержка развития плода

Вопросы для устного собеседования контроля знаний 8 семестр

1. Анатомически узкий таз.
2. Клинически узкий таз.
3. Разгибательные предлежания плода.
4. Слабость родовой деятельности.
5. Дискоординированная родовая деятельность.
6. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
7. Разрывы промежности.
8. Разрывы шейки матки.
9. Разрывы матки.
10. Иммунологическая несовместимость матери и плода.
11. Многоплодие.
12. Маловодие.
13. Многоводие.
14. Переношенная беременность.
15. Преждевременные роды.

16. Рвота беременных.
17. Слюнотечение.
18. Преэклампсия умеренной степени. Клиника, диагностика, лечение.
19. Преэклампсия тяжелой степени. Клиника, диагностика, лечение.
20. Эклампсия. Клиника, диагностика, лечение.

Вопросы для устного собеседования контроля знаний 9 семестр

1. Организация работы гинекологического стационара.
2. Методы исследования в гинекологии.
3. Лабораторные методы исследования.
4. Лапароскопия. Показания. Противопоказания.
5. Нормальный менструальный цикл и его регуляция.
6. Аменорея.
7. Аномальные маточные кровотечения.
8. СПКЯ. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
9. Гиперпролактинемия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
10. ПМС. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
11. ВДКН. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Климактерический синдром. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
13. Миома матки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Эндометриоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза.
16. Специфические заболевания органов малого таза.
17. Гонорея. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
18. Трихомониаз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
19. Хламидиоз. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Составитель _____ Марц О.О., асс.
_____ Чебан О.С., доц.

« ___ » _____ 2023г.