

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

Утверждаю
и.о. зав. кафедрой
Чебан О.С. *ОС*
« 16 » 09 20 21 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Учебной дисциплины:

«Акушерство и гинекология»

Направление подготовки
3.31.05.02 ПЕДИАТРИЯ

Квалификация (степень)

«Врач - педиатр»

Форма обучения:

Очная

Тирасполь 2021 г

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:

«Акушерство и гинекология»

В результате освоения дисциплины студент 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
VII семестр			
1.	Раздел «Нормальное акушерство» Темы 1-9	ОК – 1 ОПК – 4 ПК - 12	Контрольная работа №1 Ситуационные задачи 1 – 30 Реферат 1 - 8 Коллоквиум №1

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы	Код контролируемой	Наименование оценочного средства
--------------------	--------------------------------	--------------------	----------------------------------

	(темы) дисциплины и их наименование	компетенции (или ее части)	
VIII семестр			
1.	Раздел «Патологическое 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 (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
IX семестр			
1.	Раздел «Гинекология» Темы 1-7	ОК – 1 ОК – 7 ОПК – 4 ПК – 5 ПК - 12	Контрольная работа №2 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	2 - 5	Темы рефератов

		результатов теоретического анализа определенной научной темы		
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 плоскорахитическому
 - 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
- а) к плоскорахитическому
 - б) к простому плоскому
 - в) к поперечносуженному
 - г) к косому
 - д) 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
- а) простой плоский
 - б) плоско-рахитический
 - в) общеравномерносуженный
 - г) поперечносуженный
10. Для общеравномерносуженного таза характерно
- а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз
 - б) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
 - в) удлинение крестца
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленное
11. Уплотнение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза
- а) поперечносуженного
 - б) простого плоского
 - в) плоско-рахитического
 - г) общеравномерносуженного
 - д) кососмещенного

12. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности
- а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером
 - б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую
 - в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
13. Простой плоский таз характеризуется
- а) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза
 - б) увеличением высоты таза
 - в) 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
- а) прекращение мочеиспускания
 - б) потуги при высоко стоящей головке
 - в) кровотечение из половых путей
 - г) все ответы правильные
 - д) 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
- а) затылочное
 - б) переднеголовное
 - в) лобное
 - г) лицевое
50. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить
- а) крупный плод
 - б) гидроцефалию плода
 - в) лобное предлежание плода
 - г) все перечисленное
 - д) 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
- а) переднеголового
 - б) лобного
 - в) лицевого
 - г) затылочного, передний вид

- д) затылочного, задний вид
52. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?
- а) передний вид затылочного предлежания
 - б) задний вид затылочного предлежания
 - в) переднеголовное предлежание
 - г) лобное предлежание
 - д) лицевое предлежание
53. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен
- а) ближе к лону
 - б) ближе к мысу
 - в) строго по оси таза
 - г) 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 послета 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 160/90 мм 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 сигменотом 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 «Нормальное 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 «Патологическое 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.	Переносная беременность. Запоздалые роды.
9.	Послеродовый эндометрит, диагностика, классификация, лечение, профилактика.
10.	Резус-конфликтная беременность.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

Раздел «Гинекология»

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

Вопросы к коллоквиумам

Раздел «Нормальное 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 последовом и раннем послеродовом периоде.
9. Преэклампсия: классификация, лечение.

Раздел «Патологическое 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 «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.

Составитель

« 16 »

09

О.О.Марц

2021г.