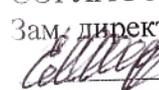


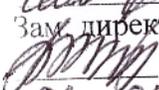
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОУ СПО «ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ ИМ.Л.А.ТАРАСЕВИЧА»**

СОГЛАСОВАНО

Зам. директора по УР

 Е.Н. Швец

Зам. директора по УПР

 Н. В. Васкан

«01» 09 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор

 Р.В. Окушко

«03» 09 2025 г.



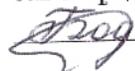
ПРОГРАММА

**Государственной итоговой аттестации выпускников
по основной профессиональной образовательной программе
специальности 31.02.02 Акушерское дело,
на 2025- 2026 учебный год.
Форма обучения: очная.**

Бендеры, 2025 г.

Программа государственной итоговой аттестации выпускников ГОУ СПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л. А.Тарасевича» по специальности **31.02.02 Акушерское дело** выпуска 2026 года разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом, утверждённым Приказом Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 2024 года № 24 «О внесении изменений и дополнения в Приказ Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 09 апреля 2013 года № 456 «О введении в действие государственных образовательных стандартов профессионального образования» и согласно Раздела 4 Положения «Об организации и проведении итоговой государственной аттестации по основным профессиональным образовательным программам начального и среднего профессионального образования», утвержденного приказом Министерства просвещения от 10 мая 2017 года № 567 в действующей редакции, локальным Положением «Об организации и проведении государственной итоговой аттестации по основным профессиональным образовательным программам среднего профессионального образования в ГОУ СПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича», введенным в действие Приказом Директора Колледжа от 20.06.2024 года № 95-а.

Рассмотрено
на заседании ЦМКК
Дисциплин Хирургических дисциплин
Протокол № 10.
от «05» июнь 2025 г.
зав.кафедрой

 Е.Н.Боднар

СОДЕРЖАНИЕ

1. Паспорт программы государственной итоговой аттестации.
 - 1.1 . Область применения программы государственной итоговой аттестации.
 - 1.2 . Цели и задачи государственной итоговой аттестации.
 - 1.3 . Количество часов, отводимое на государственную итоговую аттестацию.
2. Структура и содержание государственной итоговой аттестации.
 - 2.1 . Форма проведения государственной итоговой аттестации.
 - 2.2. Содержание государственной итоговой аттестации.
3. Условия реализации программы государственной итоговой аттестации.
 - 3.1. Требования к минимальному материально - техническому обеспечению.
 - 3.2. Информационное обеспечение государственной итоговой аттестации.
 - 3.3. Общие требования к организации и проведению государственной аттестации.

1. Паспорт программы государственной итоговой аттестации.

1.1. Область применения программы государственной итоговой аттестации

Программа государственной итоговой аттестации является частью основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ГОС по специальности **31.02.02 Акушерское дело** части освоения видов профессиональной деятельности (ВПД):

Осуществление профессионального ухода за пациентами, в том числе по профилю «акушерское дело»

ПК 1.1. Осуществлять рациональное перемещение и транспортировку материальных объектов и медицинских отходов.

ПК 1.2. Обеспечивать соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов медицинской организации, в том числе акушерско-гинекологического профиля по виду деятельности.

ПК 1.3. Осуществлять профессиональный уход за пациентами с использованием современных средств и предметов ухода.

ПК 1.4. Осуществлять уход за телом человека.

Оказание медицинской помощи в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями

ПК 2.1. Проводить медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, послеродовый период и с распространёнными гинекологическими заболеваниями

ПК 2.2. Осуществлять лечение неосложнённых 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 распространёнными гинекологическими заболеваниями

Осуществление организационной, профилактической работы, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение

ПК 3.1. Проводить мероприятия по формированию у пациентов по профилю «акушерское дело» и членов их семей мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе по вопросам планирования семьи

ПК 3.2. Проводить диспансеризацию и профилактические осмотры женщин в различные периоды жизни

ПК 3.3. Проводить физиопсихопрофилактическую подготовку женщин к беременности, родам, грудному вскармливанию и уходу за новорождённым

ПК 3.4. Вести медицинскую документацию, организовывать деятельность медицинского персонала, находящего в распоряжении.

Оказание медицинской помощи в экстренной форме

ПК 4.1. Проводить оценку состояния беременной, роженицы, родильницы, новорождённого, требующего оказания неотложной или экстренной медицинской помощи.

ПК 4.2. Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе во время самопроизвольных неосложнённых родах и послеродовый период.

ПК 4.3. Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

ПК 4.4. Проводить мониторинг состояния пациента при оказании неотложной или экстренной медицинской помощи во время эвакуации (транспортировки).

ПК 4.5. Устанавливать медицинские показания и направлять пациентов в профильные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи.

ПК 4.6. Обеспечивать госпитализацию пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи.

Выпускник, освоивший образовательную программу

специальности, должен обладать следующими общими компетенциями (далее - ОК):

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 финансовой грамотности в различных жизненных ситуациях;

ОК 04. Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде;

ОК 05. Осуществлять устную и письменную коммуникацию на одном из официальных языков ПМР с учетом особенностей социального и культурного контекста;

ОК 06. Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих 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;

ОК09. Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках.

Область профессиональной деятельности выпускников: Здравоохранение.

1.2 Цели и задачи государственной итоговой аттестации

Целью государственной итоговой аттестации является установление соответствия уровня освоения компетенций и видов профессиональной деятельности, обеспечивающих соответствующую присваиваемую квалификацию специалиста среднего звена «акушерка/акушер» и уровень образования выпускников государственному образовательному стандарту среднего профессионального образования по специальности

31.02.02 Акушерское дело. Государственная итоговая аттестация призвана способствовать систематизации и закреплению знаний, умений, оценки сформированности общих и профессиональных компетенций выпускников по специальности **31.02.02 Акушерское дело** при решении конкретных профессиональных задач, определению уровня подготовки выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности.

1.3. Количество часов, отводимое на итоговую государственную аттестацию:

Всего 6 недель, в том числе:

а) подготовка к государственному экзамену - 3 недели;

б) проведение государственного экзамена - 3 недели

2. Структура и содержание государственной итоговой аттестации.

2.1. Форма проведения государственной итоговой аттестации.

Формой проведения государственной итоговой аттестации по основной профессиональной образовательной программе среднего профессионального образования специальности **31.02.02 Акушерское дело** в ГОУ СПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича», (Далее – Колледж) является государственный экзамен.

Государственная итоговая аттестация проводится согласно графику, утвержденному Директором Колледжа не позднее, чем за 1 месяц до начала итоговых испытаний. График

доводится до сведения выпускников не позднее, чем за две недели до начала работы государственной аттестационной комиссии.

К государственной итоговой аттестации допускается выпускник, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план по осваиваемой основной профессиональной образовательной программе специальности. Допуск выпускников к государственной итоговой аттестации осуществляется приказом Директора Колледжа на основании решения педагогического совета.

Программа государственной итоговой аттестации, утвержденная Директором Колледжа, доводится до сведения выпускников не позднее, чем за шесть месяцев до начала государственного экзамена.

2.2 Содержание государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен как форма государственной итоговой аттестации, проводится в соответствии с Государственным образовательным стандартом, утверждённым Приказом Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 2024 года № 24 «О внесении изменений и дополнения в Приказ Министерства просвещения Приднестровской Молдавской Республики от 09 апреля 2013 года № 456 «О введении в действие государственных образовательных стандартов профессионального образования» и согласно Раздела 4 Положения Об организации и проведении итоговой государственной аттестации по основным профессиональным образовательным программам начального и среднего профессионального образования, утвержденного приказом Министерства просвещения от 10 мая 2017 года № 567 в действующей редакции, локальным Положением «Об организации и проведении государственной итоговой аттестации по основным профессиональным образовательным программам среднего профессионального образования в ГОУ СПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича»», введенным в действие Приказом Директора Колледжа от 20.06.2024 года № 95-а.

Государственный экзамен проводится в 2 этапа:

1. Тестирование.

2. Выполнение заданий экзаменационного билета.

Тестовые задания подготавливаются как обучающие – контролируемые. В тестовом задании предусмотрены условие и четыре варианта ответа, из которых один вариант является верным. Общее число тестовых заданий по каждой специальности должно составлять не менее 300. Комплект тестовых заданий с ключами с подписями составителей и выпиской из протокола ЦМКК предоставляются заведующему отделением. Заведующий отделением осуществляет проверку соответствия содержания тестовых заданий государственному образовательному стандарту и ОПОП специальности не позднее, чем за один месяц до утверждения Директором Колледжа программы ГИА.

После осуществления проверки, заведующий отделением предоставляет тестовые задания заместителю директора по учебной работе. Заместитель директора по учебной работе формирует и утверждает варианты (не менее двух) тестовых заданий для первого этапа ГИА не позднее, чем за два месяца до начала ГИА. Каждый вариант состоит из 50 тестовых заданий.

Во время проведения первого этапа ГИА каждый выпускник получает вариант тестовых заданий. Время, отведенное на проведение тестирования, определяется из расчета одной минуты на решение одного вопроса в тесте. Продолжительность первого этапа ГИА составляет не менее 50 минут. Результаты проверки тестовых заданий сообщаются выпускникам в день их написания после оформления в установленном порядке протокола заседания ГАК. Результаты тестов оцениваются по пятибалльной системе. Рекомендованная система перевода числа правильных ответов в оценку:

- 59% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 60% - 74% - «удовлетворительно»;
- 75% - 84% - «хорошо»;

- 85% - 100% - «отлично».

Выпускник, получивший положительную оценку по тестированию, допускается к следующему этапу ГИА. Выпускник, получивший «неудовлетворительно», к следующему этапу экзамена не допускается.

Экзаменационные билеты для проведения государственной итоговой аттестации формирует заведующий отделением, который несет ответственность за содержание и окончательное оформление экзаменационных билетов. Сформированные экзаменационные билеты, утверждаются заместителем директора по учебной работе не позднее, чем за два месяца до начала государственной итоговой аттестации.

Количество экзаменационных билетов должно превышать количество выпускников в учебной группе, как минимум, на 25%.

Экзаменационный билет состоит из:

- теоретический вопрос;
- ситуационный кейс №1 (ситуационная задача для устного ответа);
- ситуационный кейс №2 (ситуационная задача для устного ответа);
- ситуационный кейс №3 (ситуационная задача для демонстрации мануальных навыков).

Содержание заданий экзаменационного билета соответствуют государственному образовательному стандарту, основной образовательной программе специальности, профессиональному стандарту и позволяет контролировать освоение общих и профессиональных компетенций. Второй этап ГИА предназначается для оценивания уровня освоения практических навыков (демонстрация навыка в симулированных условиях) с помощью тренажеров (симуляторов), а также кейсов в виде ситуационных задач, ориентированных на оценивание уровня освоения нескольких трудовых функций.

Второй этап ГИА проводится в оснащенных всем необходимым, согласно требованиям государственного стандарта, лабораториях (кабинетах), «Станциях» Колледжа. При подведении результатов второго этапа ГИА оценивается комплексный уровень владения навыками. Оценка за второй этап определяется как среднее арифметическое оценок всех ситуационных кейсов, входящих в экзаменационный билет.

2.2.1. Тестовые задания.

1. Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется
 - а) в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)
 - б) в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы
 - в) в неспециализированном родильном доме
 - г) в наблюдательном акушерском отделении родильного дома
2. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно
 - а) сразу после рождения
 - б) через 6 ч после рождения
 - в) через 8 ч после рождения
 - г) через 12 ч после рождения
3. Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу, как правило
 - а) после стихания острых симптомов заболевания
 - б) в день постановки диагноза
 - в) по выздоровлении, для реабилитации
 - г) после выписки матери из родильного дома
4. К материнской смертности относится смертность женщины

- а) от медицинского аборта
 - б) от внематочной беременности
 - в) от деструктирующего пузырного заноса
 - г) от всего перечисленного
5. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом
- а) $(\text{число женщин, умерших в родах}) / (\text{число родов}) \times 100\ 000$
 - б) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100\ 000$
 - в) $(\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) \times 100\ 000$
 - г) $(\text{число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100\ 000$
6. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных — это
- а) число пролеченных больных в стационаре
 - б) число больных, направленных на санаторное лечение
 - в) снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
 - г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года
7. Понятие перинатальная смертность означает
- а) смерть ребенка в родах
 - б) потеря плода «вокруг родов» - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
 - в) мертворождаемость
 - г) антенатальная гибель плода
8. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом
- а) $(\text{число мертворожденных}) / (\text{число родов}) \times 1000$
 - б) $(\text{число умерших интранатально}) / (\text{число родившихся мертвыми}) \times 1000$
 - в) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$
 - г) $(\text{число умерших в первые 7 суток после рождения}) / (\text{число родов}) \times 1000$
9. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является
- а) число осмотренных женщин
 - б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет
 - в) число женщин, направленных на лечение в санаторий
 - г) доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин
10. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило
- а) в диспансеризации гинекологических больных
 - б) в обследовании и наблюдении беременных женщин
 - в) в проведении периодических медицинских осмотров
 - г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин
11. Наиболее ценным среди мероприятий по снижению перинатальной смертности является
- а) своевременное решение вопроса о возможности сохранения беременности
 - б) проведение анализа причин перинатальной смертности

- в) осуществление диететики беременной
- г) своевременная диагностика хронической гипоксии плода

12. Женская консультация является структурным подразделением

- 1) родильного дома
 - 2) поликлиники
 - 3) медсанчасти
 - 4) санатория-профилактория
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

13. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится, как правило

- 1) при первой явке
 - 2) в 32 недели беременности
 - 3) в 36 недель беременности
 - 4) перед родами
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

14. Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин проводится чаще всего путем

- 1) лабораторного обследования
 - 2) патронажа
 - 3) сбора анамнеза
 - 4) оценки пренатальных факторов риска (в баллах)
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 3, 4
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

15. Осмотр стоматологом женщин при физиологически протекающей беременности должен проводиться

- 1) при первой явке
 - 2) после первого осмотра по показаниям
 - 3) в 32 недели беременности
 - 4) перед родами
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

16. Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится на основании

- 1) индивидуальной карты беременности
- 2) обменной карты родильного дома, родильного отделения

- 3) справки, выданной юристом
 - 4) справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
17. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам обычно проводится
- 1) врачом акушером-гинекологом участка
 - 2) одним из врачей акушеров-гинекологов женской консультации
 - 3) специально подготовленной акушеркой
 - 4) врачом физиотерапевтом
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
18. Документами, фиксирующими преемственность в работе женской консультации и детской поликлиники, обычно являются
- 1) списки беременных для дородового патронажа
 - 2) журнал передачи телефонограмм об осложнениях в послеродовом периоде у матери и новорожденного
 - 3) журналы, фиксирующие работу «школы матери» и «школы здорового ребенка»
 - 4) журнал госпитализации беременных
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
19. Ранней явке беременных в женскую консультацию для диспансерного наблюдения вероятнее всего способствует
- 1) санитарно-просветительная работа врача акушера-гинеколога и акушерки в женских консультациях, на производствах, ЗАГСах
 - 2) подворные обходы медицинского персонала ФАПов, женских консультаций в сельской местности
 - 3) система полового воспитания учащихся школ, техникумов, училищ, вузов
 - 4) привлечение к санитарно-просветительной работе женсоветов предприятий
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
20. Документ, по которому можно, вероятнее всего, проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин
- 1) статистический талон уточнения диагноза
 - 2) выписка из стационара
 - 3) индивидуальная карта беременной
 - 4) журнал госпитализации
 - а) правильно 1, 2, 3

- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

21. К наиболее прогрессивным организационным формам оздоровления беременных женщин относятся

- 1) дневные стационары
 - 2) стационары на дому
 - 3) санатории-профилактории
 - 4) санаторные отделения для беременных
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

22. Документы, вероятнее всего, фиксирующие преемственность в работе врача акушера-гинеколога женской консультации и участкового терапевта

- 1) списки женщин с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в контрацепции
 - 2) списки женщин с экстрагенитальной патологией, выписанных из роддома
 - 3) отчет-вкладыш N 3
 - 4) списки лиц, подлежащих периодическим осмотрам
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

23. Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа аборт, как правило, включает в себя

- 1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории
 - 2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности
 - 3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать
 - 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

24. Понятие «планирование семьи», вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям

- 1) избежать нежелательной беременности
 - 2) регулировать интервалы между беременностями
 - 3) производить на свет желанных детей
 - 4) повышать рождаемость
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

25. Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные
- 1) с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции
 - 2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов
 - 3) с доброкачественными опухолями половой сферы
 - 4) с трихомониазом
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
26. Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы
- 1) обследование женщины в женской консультации
 - 2) обследование и лечение супружеской пары в консультации «Брак и семья»
 - 3) стационарное обследование и лечение в гинекологическом (урологическом) отделении больницы, профильного НИИ
 - 4) проведение периодических медицинских осмотров
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
27. Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр
- 1) контингента женщин, работающих во вредных условиях производства
 - 2) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу
 - 3) больных, состоящих на диспансерном учете
 - 4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
28. Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы
- 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях
 - 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста
 - 3) организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них
 - 4) организацию выездных бригад медицинской помощи
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
29. Под периодическими медицинскими осмотрами женщин, как правило, подразумевается осмотр
- 1) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу

- 2) рабочих и служащих, имеющих в процессе труда делос вредными факторами производства
- 3) беременных, состоящих на диспансерном учете
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) все ответы неправильны
30. Статьи законодательства по охране труда распространяются на следующую категорию женщин
- 1) беременные женщины
- 2) женщины, занятые на производстве с профессиональными вредностями
- 3) девушки-подростки
- 4) кормящие матери
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны
31. Основные показатели, характеризующие работу женской консультации с беременными
- 1) ранний охват беременных врачебным наблюдением
- 2) доля беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель беременности
- 3) своевременная выдача дородового отпуска
- 4) число женщин, умерших при беременности, в родах и послеродовом периоде
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны
32. План мероприятий по совершенствованию работы женской консультации обычно разрабатывается на основе
- 1) анализа отчета о деятельности женской консультации
- 2) результатов контрольных проверок работы врачей акушеров-гинекологов
- 3) директивных и рекомендательных документов органов здравоохранения
- 4) анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи с болезнями женских половых органов, осложнениями беременности, послеродового периода, абортами
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны
33. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом
- 1) оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию
- 2) профилактических осмотров на предприятиях
- 3) периодических осмотров декретированных контингентов
- 4) диспансерного наблюдения
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны

- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

34. Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется, как правило,

- 1) в отделения больниц по профилю патологии
 - 2) в отделения патологии беременных специализированных родильных домов
 - 3) в отделения патологии беременных неспециализированных родильных домов
 - 4) в санатории-профилактории
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

35. Младенческая смертность – это

- 1) смертность детей на первой неделе жизни
 - 2) смертность детей на первом месяце жизни
 - 3) смертность детей в возрасте до 2 лет
 - 4) смертность детей на первом году жизни
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

36. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит

- а) с мочеточниками
- б) с дном мочевого пузыря
- в) с шейкой мочевого пузыря
- г) с мочеиспускательным каналом

37. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит

- а) с мочеточниками
- б) с дном мочевого пузыря
- в) с шейкой мочевого пузыря
- г) с мочеиспускательным каналом

38. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается

- а) с прямой кишкой
- б) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом)
- в) с шейкой мочевого пузыря
- г) с мочеточниками

39. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается, как правило,

- а) с прямой кишкой
- б) с сигмовидной кишкой
- в) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом)
- г) с тканями промежности

40. Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является

- а) наружный маточный зев
- б) внутренний маточный зев

- в) девственная плева (вход во влагалище)
 - г) малые половые губы
41. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки
- а) косой
 - б) циркулярный
 - в) косо-продольный
 - г) продольный
42. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки
- а) косой
 - б) циркулярный
 - в) косо-продольный
 - г) продольный
43. Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте, как правило, составляет
- а) 7-8 см
 - б) 9-10 см
 - в) 10-12 см
 - г) 15-18 см
44. Длина тела небеременной матки у женщин, как правило, составляет
- а) 6-7 см
 - б) 7-8 см
 - в) 8-9 см
 - г) 11-12 см
45. Увеличение матки во время беременности происходит за счет
- а) гипертрофии мышечных волокон матки
 - б) гиперплазии мышечных волокон матки
 - в) растяжения стенок матки растущим плодом
 - г) верно все перечисленное
46. В связи с беременностью наружные половые органы претерпевают следующие физиологические изменения
- а) слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной
 - б) усиливается секреция сальных желез вульвы
 - в) наружные половые органы разрыхляются
 - г) верно все перечисленное
47. Под акушерской промежностью подразумевают участок тканей
- а) между задней спайкой и копчиком
 - б) между задней спайкой и анусом
 - в) между анусом и копчиком
 - г) от нижнего края лона до ануса
48. Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более
- а) 0.1-0.3 см
 - б) 0.4-0.6 см
 - в) 0.7-0.9 см
 - г) 1.0-1.2 см

49. Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется

- 1) прогрессирующей инволюцией половых органов
- 2) прекращением менструальной функции
- 3) прекращением репродуктивной функции
- 4) резко выраженными «приливами»
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

50. К основным фазам климактерия относятся

- 1) пременопауза
- 2) менопауза
- 3) постменопауза
- 4) перименопауза
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

51. Пременопауза - это период

- 1) начинающегося снижения функции яичников
- 2) увеличения частоты ановуляторных циклов
- 3) изменения длительности менструального цикла
- 4) изменения количества крови, теряемой во время менструации
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

52. К наружным половым органам относятся

- 1) большие половые губы
- 2) малые половые губы
- 3) большие железы преддверия
- 4) клитор
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) *все ответы правильны*
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

53. К внутренним половым органам относятся

- 1) матка
- 2) маточные трубы
- 3) яичники
- 4) влагалище
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

54. Матка располагается в малом тазу следующим образом

- 1) наклонена впереди
 - 2) влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются на уровне седалищных остей
 - 3) тело и шейка матки располагаются под углом друг к другу
 - 4) тело матки располагается в узкой части полости малого таза
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

55. Яичник поддерживается в брюшной полости благодаря

- 1) собственной связке яичника
 - 2) широкой маточной связке
 - 3) воронко-тазовой связке
 - 4) крестцово-маточным связкам
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

56. Брюшина покрывает матку, как правило,

- 1) по ее передней поверхности - с уровня перешейка
 - 2) по ее задней поверхности - почти до уровня наружного зева
 - 3) дно матки и ее задний отдел - полностью
 - 4) только дно матки
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

57. Околomаточная клетчатка (параметрий)

- 1) расположена между листками широкой маточной связки
 - 2) расположена на уровне шейки матки
 - 3) расположена в основании широких маточных связок
 - 4) обеспечивает рыхлое соединение брюшины с маткой
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

58. Передняя стенка опорожненного мочевого пузыря соприкасается с внутренней поверхностью

- 1) лонного сочленения
 - 2) лобковых костей
 - 3) верхних ветвей седалищных костей
 - 4) передней брюшной стенки
- а) правильно 1, 2, 3

- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

59. При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях.

Для этого необходимо учитывать

- а) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия
- б) степень окраски протоплазмы клеток
- в) величину ядер клеток
- г) все перечисленное

60. Тест базальной температуры основан

- а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус
- б) на влиянии простагландинов на гипоталамус
- в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
- г) ни на чем из перечисленного

61. При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет

- а) 0.2-0.3°C
- б) 0.4-0.6°C
- в) 0.7-0.8°C
- г) 0.9-1.5°C

62. Феномен «зрачка» (+ + +): раскрытие цервикального канала до 0.3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует

- а) 5-6-му дню менструального цикла
- б) 7-8-му дню менструального цикла
- в) 9-10-му дню менструального цикла
- г) 13-14-му дню менструального цикла

63. Положительный симптом зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует

- а) о наличии гиперандрогении
- б) об укорочении II фазы цикла
- в) о наличии ановуляторного цикла
- г) о всем перечисленном

64. Симптом растяжения цервикальной слизи на 5-6 см при нормальном менструальном цикле соответствует

- а) 1-5-му дню менструального цикла
- б) 6-10-му дню менструального цикла
- в) 12-14-му дню менструального цикла
- г) 16-20-му дню менструального цикла

65. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует

- а) о наличии атрофии эндометрия
- б) о достаточной эстрогенной насыщенности организма
- в) о гиперандрогении
- г) о гипоэстрогении

66. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует
- а) о наличии аменореи центрального генеза
 - б) о яичниковой форме аменореи
 - в) о маточной форме аменореи
 - г) о наличии синдрома склерокистозных яичников
67. При нормальном течении беременности уровень ХГЧ достигает максимума при сроке
- а) 5-6 недель
 - б) 7-8 недель
 - в) 9-10 недель
 - г) 11-12 недель
68. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные
- а) базальная частота сердечных сокращений
 - б) наличие и частота акцелераций
 - в) наличие децелераций
 - г) все перечисленные
69. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам
- а) пробы Зимницкого
 - б) количества мочевины в крови
 - в) количества креатинина в крови
 - г) всего перечисленного
70. Бесстрессовый тест основан
- а) на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей
 - б) на учете числа движений плода в 1 ч
 - в) на реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери раствора атропина
 - г) на всем перечисленном
71. В диагностике перенесенной беременности помогают следующие методы исследования
- а) аминскопия
 - б) ЭКГ и ФКГ плода
 - в) динамика изменения окружности живота и высоты дна матки
 - г) все перечисленные
72. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме
- а) острого воспалительного процесса в придатках
 - б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости
 - в) тяжелого общего состояния больной
 - г) ничего из перечисленного
73. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется
- а) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более
 - б) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку
 - в) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования
 - г) сердцебиение плода до начала процесса родов
 - д) ничего из перечисленного

74. Дексаметазоновая проба применяется для диагностики
- а) адреногенитального синдрома
 - б) гиперплазии коркового вещества надпочечников
 - в) синдрома Иценко - Кушинга
 - г) всего перечисленного
75. Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) ненарушенной внематочной беременности
 - б) маточной беременности
 - в) опухоли яичника
 - г) миомы матки
76. Тазовую ангиографию назначают при опухолях половых органов с целью
- а) уточнения локализации
 - б) уточнения глубины прорастания
 - в) изучения и оценки динамики опухолевого процесса после лечения
 - г) всего перечисленного
77. Показаниями к экскреторной урографии являются
- а) необходимость установления анатомо-функционального состояния почек и мочеточников
 - б) подозрение на перфорацию матки во время аборта
 - в) подозрение на рак шейки матки
 - г) внутренний эндометриоз
78. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является
- а) опухоль яичника
 - б) подозрение на внематочную беременность
 - в) эндометриоз
 - г) правильно а) и б)
79. При подозрении на эндометриоз тела матки гистерографию следует проводить
- а) на 2-3-й день менструального цикла
 - б) на 7-8-й день менструального цикла
 - в) на 14-16-й день менструального цикла
 - г) на 20-22-й день менструального цикла
80. Амниоскопия позволяет, в основном, оценить
- а) количество околоплодных вод
 - б) окрашивание околоплодных вод
 - в) наличие хлопьев сыровидной смазки
 - г) все перечисленное
81. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме
- а) дисфункциональных маточных кровотечений
 - б) кровотечения в постменопаузе
 - в) подозрения на внематочную беременность
 - г) бесплодия
82. Возможными причинами диагностических ошибок при использовании морфологических методов исследования в гинекологии могут быть

- а) неполноценность исследуемого материала (некротизированная ткань, взятая не из очага поражения или неправильно сохраненная)
 - б) неполнота и неточность клинических данных
 - в) недостаточная степень подготовки специалиста
 - г) все перечисленные
83. Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная цифрой III, соответствует, как правило, сроку беременности
- а) до 30 недель
 - б) 31-34 недели
 - в) 35-37 недель
 - г) 38-40 недель
84. При кольпоскопии определяют
- а) рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки
 - б) границу плоского и цилиндрического эпителия шейки матки
 - в) особенности сосудистого рисунка на шейке матки
 - г) все перечисленное
85. При проведении ультразвукового исследования во втором триместре беременности следует обратить особое внимание
- а) на показатели фетометрии плода
 - б) на состояние плаценты
 - в) на правильное развитие плода
 - г) на все перечисленное
86. При проведении ультразвукового исследования с целью диагностики задержки внутриутробного развития плода наибольшую ценность имеет измерение у плода
- а) бипариентального размера головки (БПР)
 - б) диаметра груди
 - в) диаметра живота
 - г) всего перечисленного
87. Наиболее пригодными показателями УЗИ для оценки состояния плода в третьем триместре беременности являются
- а) индекс и частота дыхательных движений
 - б) частота двигательной активности
 - в) сердечная деятельность
 - г) все перечисленные
88. При проведении КТГ (кардио-тахографии) плода наибольшее диагностическое значение имеют следующие показатели
- а) базальная частота сердечных сокращений
 - б) наличие акцелераций
 - в) ранние и поздние децелерации
 - г) все перечисленные
89. Акцелерация - это
- а) учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)
 - б) урежение ЧСС плода
 - в) отражение аритмии сердечной деятельности плода
 - г) отражение внутриутробной задержки роста плода

90. Децелерация - это
- учащение сердечных сокращений плода
 - урежение сердечных сокращения плода
 - отражение бодрствования плода
 - отражение глубокого сна плода
91. Количественное определение содержания хорионического гонадотропина в моче, в основном, используется
- для диагностики беременности малого срока
 - для диагностики пузырного заноса
 - для оценки развития беременности в I триместре
 - для оценки развития беременности во II триместре
- правильно 1, 2, 3
 - правильно 1, 2
 - все ответы правильны
 - правильно только 4
 - все ответы неправильны
92. К тестам функциональной диагностики обычно относится
- исследование шеечной слизи
 - измерение базальной температуры
 - кольпоцитология
 - биопсия эндометрия
- правильно 1, 2, 3
 - правильно 1, 2
 - все ответы правильны
 - правильно только 4
 - все ответы неправильны
93. Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии
- опухоли коркового слоя надпочечников
 - арренобластомы яичников
 - синдрома склерокистозных яичников
 - адреногенитального синдрома (АГС)
- правильно 1, 2, 3
 - правильно 1, 2
 - все ответы правильны
 - правильно только 4
 - все ответы неправильны
94. Гистероскопия, как правило, позволяет дифференцировать
- крупный полип от подслизистого миоматозного узла
 - состояние эндометрия во II фазе менструального цикла от его гиперплазии
 - рак эндометрия от гиперплазии эндометрия
 - плацентарный полип от узла хориокарциномы
- правильно 1, 2, 3
 - правильно 1, 2
 - все ответы правильны
 - правильно только 4
 - все ответы неправильны
95. Использование 3% уксусной кислоты при расширенной кольпоскопии позволяет

- 1) отличить патологический участок от неизменной слизистой оболочки шейки матки
- 2) дифференцировать доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки от атипичных
- 3) отказаться от ненужной биопсии
- 4) диагностировать рак шейки матки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

96. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является

- 1) рак шейки матки
- 2) рак тела матки
- 3) эндометриоз
- 4) кишечное кровотечение неясного происхождения
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

97. Амниоскопия особенно информативна и целесообразна

- 1) при гемолитической болезни плода (резус-конфликт)
- 2) при перенашивании беременности
- 3) при предлежании плаценты
- 4) при сахарном диабете
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

98. Противопоказаниями для наложения пневмоперитонеума являются

- 1) общее тяжелое состояние больной
- 2) выраженный метеоризм
- 3) беременность
- 4) дисгенезия гонад
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

99. Родовая боль возникает вследствие

- а) раздражения нервных окончаний матки и родовых путей
- б) снижения порога болевой чувствительности мозга
- в) снижения продукции эндорфинов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

100. Пудендальную анестезию чаще всего применяют

- а) во втором периоде преждевременных родов
- б) при плодоразрушающих операциях
- в) при экстракции плода за тазовый конец
- г) при всем перечисленном

101. Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является

- а) раскрытие шейки матки до 4 см
- б) слабость родовой деятельности
- в) дискоординация родовой деятельности

102. При применении промедола в родах возможными осложнениями могут быть

- а) анурия
- б) гипертензия
- в) угнетение дыхания у матери и плода
- г) все перечисленные

103. Для эпидуральной анестезии применяются все перечисленные препараты, кроме

- а) тримекаина
- б) лидокаина
- в) новокаина
- г) промедола

104. При перидуральной анестезии возможны следующие осложнения

- а) токсическая реакция на анестетик
- б) кратковременная гипотензия
- в) кратковременное снижение сократительной активности матки
- г) все перечисленные

105. Для наложения акушерских щипцов применяют, как правило, следующий метод обезболивания

- а) ингаляция закиси азота с кислородом (2:1)
- б) внутривенное введение анестетика
- в) внутривенное введение морфия
- г) ниже-люмбальная перидуральная анестезия

106. При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание

- а) ингаляционный анестетик
- б) внутривенное введение анестетика
- в) пудендальную анестезию
- г) парацервикальную анестезию

107. При угрозе разрыва матки применяют следующее обезболивание

- а) промедолом
- б) электроаналгезию
- в) пудендальную анестезию
- г) ничего из перечисленного

108. Связь материнского организма и плода осуществляется, в основном, через

- а) плаценту
- б) барорецепторы стенки матки
- в) водные оболочки плода

г) децидуальную оболочку матки

109. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается

- а) к 16-й неделе беременности
- б) к 20-й неделе беременности
- в) к 24-й неделе беременности
- г) к 28-й неделе беременности

110. Основными функциями плаценты являются

- а) дыхательная
- б) питательная
- в) выделительная
- г) все перечисленные

111. Эмбриопатией называются заболевания

- а) возникшее на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
- б) возникшие в первом триместре беременности
- в) внутриутробные пороки развития плода
- г) все перечисленные
- д) никакие из перечисленных

112. Эмбриогенез заканчивается

- а) на 4-й неделе развития плода
- б) на 6-й неделе развития плода
- в) на 8-й неделе развития плода
- г) на 10-й неделе развития плода
- д) на 12-й неделе развития плода

113. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через

- а) плацентарные перегородки
- б) спиральные артерии
- в) магистральные сосуды матки
- г) все перечисленное

114. Длина плода в 9 см соответствует сроку беременности

- а) 3 мес
- б) 4 мес
- в) 5 мес
- г) 6 мес

115. Длина плода 16 см соответствует сроку беременности

- а) 3 мес
- б) 4 мес
- в) 5 мес
- г) 6 мес

116. Длина плода 25 см соответствует сроку беременности

- а) 3 мес
- б) 4 мес
- в) 5 мес
- г) 6 мес

117. Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев

- а) на 5
- б) на 4
- в) на 3
- г) на 2

118. В 24 недели гестационного возраста длина плода равна

- а) 30 см
- б) 24 см
- в) 18 см
- г) 12 см

119. В 28 недель гестационного возраста длина плода равна

- а) 35 см
- б) 30 см
- в) 24 см
- г) 18 см

120. В 32 недели гестационного возраста длина плода равна

- а) 45 см
- б) 43 см
- в) 40 см
- г) 35 см

121. В 36 недель гестационного возраста длина плода равна

- а) 48 см
- б) 45 см
- в) 43 см
- г) 40 см

122. В 40 недель беременности в среднем длина плода, как правило, составляет

- а) 55 см
- б) 53 см
- в) 50 см
- г) 45 см

123. При нормальной беременности в сердечно-сосудистой системе наблюдаются следующие изменения

- а) повышается систолическое давление крови
- б) повышается диастолическое давление крови
- в) повышается периферическое сопротивление сосудов
- г) ничего из перечисленного

124. Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок

- а) 16-20 недель
- б) 22-24 недели
- в) 26-36 недель
- г) 38-40 недель

125. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения

- а) гипохлоргидрия
- б) усиление моторной функции желудка
- в) усиление перистальтики кишечника

г) увеличение секреции пепсина

126. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения

- а) периодические колебания интенсивности нейродинамических процессов
- б) понижение возбудимости коры головного мозга
- в) повышение возбудимости ретикулярной формации мозга
- г) все перечисленные

127. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза

- а) гиперкоагуляция
- б) гипокоагуляция
- в) коагулопатия потребления
- г) активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена

128. Наиболее частыми осложнениями в I триместре беременности являются все перечисленные, кроме

- а) угрозы выкидыша
- б) раннего токсикоза
- в) анемии
- г) преэклампсии

129. В 28 недель беременности плод имеет массу тела

- а) 500 г
- б) 800 г
- в) 1000 г
- г) 1400 г

130. Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности обусловлена

- а) снижением осмотического давления в плазме крови
- б) сдавлением нижней полой вены беременной маткой и повышением венозного давления в нижних конечностях
- в) задержкой натрия в организме
- г) всеми перечисленными факторами

131. Наиболее частым осложнением беременности во втором триместре является

- а) преждевременное созревание плаценты
- б) запоздалое созревание плаценты
- в) вторичная плацентарная недостаточность
- г) сочетанные формы преэклампсии

132. Основной причиной развития позднего выкидыша является

- а) истмико-цервикальная недостаточность
- б) гипоплазия матки
- в) гиперандрогения
- г) все перечисленное

133. При нормально развивающейся беременности в крови матери

- а) увеличивается количество тромбоцитов
- б) возрастает содержание фибриногена
- в) повышается вязкость крови
- г) происходит все перечисленное

134. Высота дна матки в 32 недели беременности составляет
- а) 25 см
 - б) 30 см
 - в) 35 см
 - г) 40 см
135. Балльная оценка степени «зрелости» шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме
- а) симптома «зрачка»
 - б) консистенции влагалищной части шейки матки
 - в) длины шейки
 - г) проходимости шейечного канала
136. Для «зрелой» шейки матки характерно все перечисленное, кроме
- а) размягчения шейки
 - б) открытия шейечного канала на 2-3 см
 - в) расположения наружного зева на уровне спинальных линий
 - г) плотности внутреннего зева
137. Преждевременное созревание плаценты приводит
- а) к перенашиванию беременности
 - б) к преждевременным родам
 - в) к преждевременной отслойке плаценты
 - г) правильно б) и в)
138. Запоздалое созревание плаценты может приводить
- а) к перенашиванию беременности
 - б) к преждевременной отслойке плаценты
 - в) к незрелости плода
 - г) ко всему перечисленному
139. Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме
- а) изменения контуров и смещения дна матки
 - б) опускания отрезка пуповины
 - в) отсутствия втягивания пуповины при глубоком вдохе роженицы
 - г) усиления кровотечения из половых путей
140. Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет
- а) 2-4 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 8-10 ч
 - г) 12-14 ч
141. Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет
- а) 3-5 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 6-8 ч
 - г) 10-12 ч
142. Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) болезненности

- б) формирования в ЦНС доминанты родов
- в) увеличения уровня эстрогенов (эстриола), обеспечивающих биологическую готовность организма к родам
- г) повышения тонуса симпатико-адреналовой системы

143. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря

- а) до 400 мл
- б) до 500 мл
- в) до 600 мл
- г) до 800 мл

144. Заживление плацентарной площадки происходит под влиянием

- а) распада и отторжения остатков децидуальной оболочки
- б) регенерации эндометрия из донных желез
- в) эпителизации эндометрия
- г) всего перечисленного

145. В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через

- а) 8 недель
- б) 10 недель
- в) 16 недель
- г) 20 недель

146. Молозиво отличается от грудного молока тем, что содержит

- а) больше белка
- б) меньше жира
- в) меньше сахара
- г) все перечисленное

147. Преждевременно начавшиеся потуги, как правило, свидетельствуют

- а) о наличии клинически узкого таза
- б) об ущемлении передней губы шейки матки
- в) о дискоординации родовой деятельности
- г) о всем перечисленном

148. Средний объем околоплодных вод в конце беременности, как правило, составляет

- а) 100 мл
- б) 500 мл
- в) 1000 мл
- г) 2000 мл

149. Подготовительные схватки отличаются от родовых, главным образом,

- а) нерегулярностью и редкими интервалами
- б) отсутствием увеличения амплитуды
- в) безболезненностью
- г) всем перечисленным

150. Первый период физиологических родов заканчивается всегда

- а) полным раскрытием шейки матки
- б) возникновением потуг
- в) излитием околоплодных вод
- г) через 6-8 ч от начала регулярных схваток

151. Потуги при физиологических родах начинаются, когда
- головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз
 - произошло полное раскрытие шейки матки
 - головка плода установилась на тазовом дне
 - правильно б) и в)
152. Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются
- возрастание внутриматочного давления
 - уменьшение объема матки и размеров плацентарной площади
 - ретракция и контракция миометрия
 - все перечисленное
153. Попытка выделить не отделившуюся плаценту, как правило, приводит
- к ущемлению последа
 - к кровотечению
 - к вывороту матки
 - ко всему перечисленному
154. Термином «послеродовый период» обычно обозначают
- первые 42 часов после родов
 - период грудного кормления новорожденного
 - период послеродовой аменореи
 - все перечисленное
155. Лохии - это
- послеродовые выделения из матки
 - раневой секрет послеродовой матки
 - отделение децидуальной оболочки
 - все перечисленное
156. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем
- сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
 - увеличения секреции пролактина
 - снижения содержания эстрогенов
 - всего перечисленного
157. При нормальной беременности в мочевыделительной системе у беременной женщины наступают следующие изменения
- увеличивается почечный кровоток
 - увеличивается скорость клубочковой фильтрации
 - происходит некоторое расширение почечных лоханок
 - снижается тонус мочеточников и мочевого пузыря
- правильно 1, 2, 3
 - правильно 1, 2
 - все ответы правильны
 - правильно только 4
 - все ответы неправильны
158. Достоверным признаком беременности является
- увеличение размеров матки
 - аменорея
 - наличие хориального гонадотропина в моче

- 4) наличие сердцебиения плода
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

159. Показанием к рассечению промежности в родах является

- 1) угроза разрыва промежности
2) крупный плод
3) преждевременные роды (маленький плод)
4) тазовое предлежание плода
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

160. Для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах применяют

- 1) метилэргометрин
2) окситоцин
3) простагландины
4) эрготал
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

161. Основными причинами гипогалактии являются

- 1) экстрагенитальные заболевания
2) эндокринная патология
3) большая кровопотеря в родах
4) снижение секреции пролактина
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

162. Ведение родов в первом периоде включает в себя контроль

- 1) за скоростью раскрытия шейки матки
2) за вставлением и продвижением предлежащей части плода
3) за состоянием роженицы и плода
4) за функцией мочевого пузыря
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

163. Ведение родов во втором периоде родов включает в себя, главным образом, контроль

- 1) за состоянием роженицы и плода
 - 2) за «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода
 - 3) за состоянием роженицы и плода
 - 4) за давлением в межворсинчатом пространстве
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

164. Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле

- 1) артериального давления, пульса, дыхания
 - 2) сократительной функции матки
 - 3) кровопотери
 - 4) кольпоцитологического исследования
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

165. В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы

- 1) инволюция матки
 - 2) формирование шейчного канала шейки матки
 - 3) восстановление тонуса мышц тазового дна
 - 4) ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

166. Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет

- 1) естественное вскармливание новорожденного
 - 2) нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
 - 3) гигиена родильницы
 - 4) диететика родильницы
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

167. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся

- а) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
- б) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения
- в) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
- г) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения

168. Нормальному развитию плода в организме беременной женщины способствует

- а) иммунологическая инертность хориона
- б) групповые антигены плода в околоплодных водах

- в) группо-специфический антиген плаценты
- г) все перечисленное

169. Концентрация α -фетопротеина повышается

- а) при нормальном развитии плода
- б) при дефектах развития нервной трубки плода
- в) при пороках развития почек плода
- г) при пороках развития матки

170. Плацента выполняет следующую роль в иммунологических взаимоотношениях матери и плода при нормальной беременности

- а) препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток
- б) обеспечивает антигенную стимуляцию матери
- в) формирует механизмы взаимной толерантности матери и плода
- г) все перечисленное

171. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента - плод приводит к развитию следующих осложнений

- а) гестозу ОПГ
- б) преждевременному прерыванию беременности
- в) гемолитической болезни новорожденного
- г) всего перечисленного

172. Гемолитическая болезнь новорожденного связана

- а) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
- б) с изоиммунизацией матери по резус-фактору
- в) со всем перечисленным
- г) ни с чем из перечисленного

173. Термин изоиммунизация означает

- а) стимуляцию иммунитета
- б) подавление иммунитета
- в) образование антител
- г) снижение реактивности организма

174. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью

- а) групп крови матери и плода
- б) крови матери и плода по резус-фактору
- в) по другим дополнительным антигенам (М, Келл, Даффи и др.)
- г) всего перечисленного

175. Условиями возникновения резус-конфликта являются

- а) наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери
- б) сенсibilизация матери к резус-фактору
- в) переливание несовместимой крови в анамнезе
- г) все перечисленное

176. По данным ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности

- а) 20 недель
- б) 22 недели
- в) 26 недель
- г) 28 недель

177. В ПМР за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности
- а) 20 недель
 - б) 22 недели
 - в) 26 недель
 - г) 28 недель
178. Наименьший рост жизнеспособного плода составляет
- а) 30 см
 - б) 32 см
 - в) 35 см
 - г) 50 см
179. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет
- а) 500 г
 - б) 600 г
 - в) 800 г
 - г) 1000 г
180. Исследование околоплодных вод во время беременности позволяет определить
- а) пол плода
 - б) зрелость легких плода
 - в) функцию почек плода
 - г) все перечисленное
181. Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является
- а) учащение частоты сердечных сокращений
 - б) урежение частоты сердечных сокращений
 - в) вначале учащение, а затем урежение
 - г) вначале урежение, а затем учащение
182. В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной
- а) 120-160 в минуту
 - б) 110-150 в минуту
 - в) 100-180 в минуту
 - г) более 200 в минуту
183. Угроза преждевременных родов сопровождается
- а) повышением базального тонуса матки
 - б) повышенной возбудимостью миометрия
 - в) нарушением функции фетоплацентарной системы
 - г) всем перечисленным
184. Наличие децелераций на кардиотохограмме, как правило, свидетельствует
- а) о нормальном состоянии плода
 - б) о гипоксии плода
 - в) об инфицировании плода
 - г) о спинно-мозговой грыже у плода
185. Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного
- а) доношенного

- б) недоношенного
- в) переношенного
- г) зрелого

186. При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют

- а) чистым кислородом
- б) смесью 80-60% кислорода и воздуха
- в) гелио-кислородной смесью (1:1)
- г) только воздухом

187. Снижение мышечного тонуса у новорожденного обусловлено нарушением

- а) кислотно-щелочного состояния крови
- б) метаболизма
- в) мозгового кровообращения
- г) всего перечисленного

188. К легкой степени асфиксии относится оценка по шкале Апгар

- а) 8 баллов
- б) 7-6 баллов
- в) 5 баллов
- г) 4 и менее баллов

189. Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена

- а) его массой
- б) его ростом
- в) гестационным возрастом новорожденного
- г) степенью незрелости новорожденного

190. Секрецию сурфактанта в легких плода усиливают

- а) глюкокортикоиды
- б) катехоламины
- в) простагландин E₂
- г) все перечисленное

191. Масса тела у новорожденного менее 2500 г может быть

- а) у доношенного
- б) у недоношенного
- в) у переношенного
- г) у всех перечисленных

192. Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода являются

- а) родовая травма ЦНС
- б) пороки развития сердца
- в) пороки развития диафрагмы
- г) все перечисленное

193. Основными задачами первичной реанимации новорожденных являются

- а) восстановление функции внешнего дыхания
- б) погашение кислородной задолженности
- в) коррекция метаболических нарушений
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

194. Нерациональная кислородотерапия у новорожденного может вызвать
- а) угнетение дыхательных ферментов
 - б) гипероксическую гипоксию
 - в) некроз подкорковых ядер мозга
 - г) все перечисленное
195. Искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе может вызвать следующую родовую травму плода
- а) перелом ключицы
 - б) перелом плеча
 - в) травму спинного мозга и/или позвоночника
 - г) все перечисленные
196. У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через
- а) 60 с
 - б) 90 с
 - в) 120 с
 - г) 5 мин после рождения
197. Нарушение состояния сурфактантной системы у новорожденного чаще всего обусловлено
- а) внутриутробной гипоксией плода
 - б) незрелостью клеток альвеолярного эпителия
 - в) гибелью клеток, продуцирующих сурфактант
 - г) всем перечисленным
198. К основным причинам синдрома дыхательных расстройств у новорожденных относятся
- а) иммунодефицитные состояния
 - б) родовая травма
 - в) наследственная эндокринная патология
 - г) все перечисленное
199. Аспирационный синдром чаще наблюдается у плодов
- а) зрелых, доношенных
 - б) незрелых
 - в) недоношенных
 - г) у всех перечисленных
200. Для предупреждения побочного влияния вазоактивных препаратов следует применять
- а) коргликон
 - б) изоптин
 - в) финоптин
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
201. Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются
- 1) истмико-цервикальная недостаточность
 - 2) гиперандрогения
 - 3) низкая плацентация
 - 4) плацентарная недостаточность
 - а) правильно 1, 2, 3

- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

202. Дексаметазон показан для лечения угрозы прерывания беременности при гиперандрогении следующего генеза

- 1) надпочечникового
- 2) смешанного
- 3) яичникового
- 4) при генитальном инфантилизме
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

203. При угрозе выкидыша гормональная терапия назначается беременным

- 1) с гипофункцией яичников
- 2) с инфантилизмом
- 3) с пороками развития матки
- 4) с адреногенитальным синдромом
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

204. Показанием к применению токолитиков во время беременности является

- 1) угроза выкидыша в I триместре беременности
- 2) сахарный диабет
- 3) тиреотоксикоз
- 4) преждевременная отслойка плаценты
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) все ответы неправильны

205. Условиями для применения токолитиков являются

- 1) живой плод
- 2) целый плодный пузырь
- 3) открытие шейки матки не более, чем на 2-3 см
- 4) отсутствие регулярной родовой деятельности
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

206. При осмотре переносенного новорожденного, как правило, выявляется следующее

- 1) пупочное кольцо располагается на середине белой линии живота
- 2) яички не опустились в мошонку
- 3) клитор и малые половые губы не прикрыты большими
- 4) небольшая исчерченность стоп
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны

г) все ответы неправильны

207. Главным в тактике при переношенной беременности является следующее

- 1) оценка готовности организма беременной к родам
 - 2) определение соразмерности головки плода и таза матери
 - 3) уточнение характера предлежащей части плода
 - 4) определение длины плода
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4

208. Выберите обоснованные показания к кесареву сечению при переношенной беременности

- 1) гипоксия плода
 - 2) крупный плод
 - 3) анатомически узкий таз
 - 4) тазовое предлежание плода
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4

209. К факторам риска преждевременных родов относятся

- 1) преждевременное созревание плаценты
 - 2) прогрессирующая плацентарная недостаточность
 - 3) диссоциированное созревание плаценты
 - 4) запоздалое созревание плаценты
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4

210. Сурфактантная система легких плода выполняет следующие функции

- 1) снижает поверхностное натяжение и обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания
 - 2) регулирует газообмен
 - 3) регулирует микроциркуляцию в легких
 - 4) является иммунологическим барьером
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4

211. Хроническая плацентарная недостаточность возникает

- 1) при обширных инфарктах в плаценте
 - 2) при преждевременной отслойке плаценты
 - 3) при эклампсии и преэклампсии
 - 4) при длительно текущей преэклампсии
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4

212. Острая плацентарная недостаточность есть следствие

- 1) длительной угрозы преждевременного прерывания беременности
 - 2) изосерологической несовместимости крови матери и плода
 - 3) перенашивания беременности
 - 4) экстрагенитальной патологии
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) все ответы неправильны

213. Для переносимой беременности характерно

- 1) маловодие
 - 2) повышение базального тонуса матки
 - 3) снижение возбудимости миометрия
 - 4) уменьшение окружности живота
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

214. Основными признаками «перезрелости» плода являются

- 1) сухая кожа
 - 2) отсутствие сыровидной смазки
 - 3) узкие швы и роднички
 - 4) плотные кости черепа
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

215. К обоснованным показаниям к кесареву сечению при переносимой беременности относятся

- 1) тазовое предлежание
 - 2) крупные размеры плода
 - 3) поздний возраст роженицы
 - 4) узкий таз
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

216. Для профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденного при преждевременных родах женщине назначают

- 1) токолитики
 - 2) спазмолитики
 - 3) индометацин
 - 4) ингибиторы МАО
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) все ответы неправильны

217. Следующие клинические признаки указывают на угрозу позднего выкидыша

- 1) небольшие ноющие боли внизу живота
 - 2) повышение возбудимости матки
 - 3) умеренные кровянистые выделения из половых путей
 - 4) наружный зев шейки матки (при влагалитном исследовании) пропускает 1 палец
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4

218. 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

219. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее

- а) 20 см
- б) 19.5 см
- в) 19 см
- г) 18.5 см

220. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее

- а) 12 см
- б) 11.5 см
- в) 11 см
- г) 10.5 см

221. 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

222. 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

223. 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

224. Уплощение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза

- а) поперечносуженного
- б) простого плоского
- в) плоско-рахитического
- г) общеравномерносуженного

225. 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) ничего из перечисленного

226. 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

227. 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

228. 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

229. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

230. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к степени сужения

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

231. 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) ничего из перечисленного

232. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются

- а) анатомическое сужение таза
- б) крупный плод
- в) задне-теменной асинклитизм
- г) все перечисленные

233. 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) всем перечисленным

234. 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

235. 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

236. 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

237. 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

238. При заднемасинклитизме стреловидный шов расположен

- а) ближе к лону
- б) ближе к мысу
- в) строго по оси таза
- г) ничего из перечисленного

239. 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

240. 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
241. Для выбора тактики ведения родов важнее всего определить
- а) форму анатомически узкого таза
 - б) степень сужения таза
 - в) росто-весовые показатели женщины
 - г) правильно а) и б)
242. При поперечном положении плода и открытии шейки матки на 6 см следует
- а) произвести наружный поворот плода на головку
 - б) предоставить сон-отдых на 1-2 часа
 - в) ввести спазмолитики
 - г) произвести кесарево сечение
243. Запущенное поперечное положение плода — это такая акушерская ситуация, при которой имеет место
- а) выпадение ручки плода
 - б) вколачивание в таз плечика плода
 - в) отхождение вод
 - г) все перечисленное
244. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение
- а) комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией
 - б) наружного акушерского поворота плода на головку
 - в) родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода
 - г) операции кесарева сечения
245. После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева) контрольное ручное обследование полости матки производят
- а) обязательно
 - б) не обязательно
 - в) только если началось кровотечение
 - г) только при крупном плоде
246. 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
247. 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)

248. 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

249. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является

- а) середина лобного шва
- б) корень носа
- в) большой родничок
- г) малый родничок

250. 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

251. Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода

- а) возможны
- б) невозможны
- в) требуют индивидуального подхода
- г) зависит от массы плода

252. 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

253. 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) ничего из перечисленного

254. 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

255. 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

256. 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) лицевое предлежание

257. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен

- а) ближе к лону
- б) ближе к мысу
- в) строго по оси таза
- г) ничего из перечисленного

258. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является

- а) подъязычная кость
- б) подбородок
- в) нос
- г) лоб

259. 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)

260. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее

- а) многоводие
- б) многоплодие
- в) предлежание плаценты
- г) все перечисленное

261. Роды в тазовом предлежании относятся к родам высокого риска

- а) при перенесенной беременности
- б) при хронической гипоксии плода
- в) при узком тазе
- г) при всем перечисленном

262. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет

- а) срок беременности
- б) масса плода
- в) разновидность тазового предлежания
- г) все перечисленное

263. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация.

Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании:

- а) затылочном, передний вид
- б) затылочном, задний вид
- в) переднеголовном
- г) лобном

264. Диагноз тазового предлежания плода при влагалищном исследовании в родах устанавливается обычно (на фоне отошедших околоплодных вод) при открытии маточного зева не менее

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3-4 см и более

265. При ножном предлежании плода не зависимо от срока беременности наиболее правильным является следующий метод родоразрешения

- а) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина
- б) кесарево сечение в плановом порядке
- в) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
- г) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков

266. Классическое ручное пособие применяется при следующем варианте тазового предлежания плода

- а) смешанном ягодичном
- б) полном ножном
- в) неполном ножном
- г) при всех перечисленных

267. Пособие по Цовьянову применяют при следующем предлежании плода

- а) чистом ягодичном
- б) смешанном ягодичном
- в) полном ножном
- г) неполном ножном

268. Чистое ягодичное предлежание плода характеризуется следующим

- а) ножки согнуты в тазобедренных суставах
- б) ножки разогнуты в коленных суставах
- в) ножки вытянуты вдоль туловища
- г) всем перечисленным

269. Смешанное ягодичное предлежание плода характеризуется следующим

- а) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
- б) ножки разогнуты в голеностопных суставах
- в) вместе с ягодицами предлежит одна или обе ножки плода
- г) все правильно

270. Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим

- а) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе
- б) другая ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища
- в) предлежат ножки плода вместе с ягодицами
- г) ничем из перечисленного

271. Наиболее частым осложнением во втором периоде родов при тазовом предлежании плода является
- а) запрокидывание ручек плода за головку
 - б) разгибание головки плода
 - в) поворот плода спинкой кпереди
 - г) правильно а) и б)
272. К пособию по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда
- а) прорезывается передняя ягодица
 - б) прорезывается задняя ягодица
 - в) плод рождается до пупочного кольца
 - г) прорезываются обе ягодицы
273. Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются
- а) несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности
 - б) указания беременной на частые шевеления плода
 - в) выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода
 - г) все перечисленные
274. Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют
- а) ультразвуковое исследование
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) радиоизотопную сцинтиграфию
 - г) все перечисленное
275. Основными причинами слабости родовой деятельности являются
- а) гипозестрогения
 - б) снижение уровня эндогенных простагландинов
 - в) перерастяжение матки
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
276. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности обычно характеризуется
- а) снижением амплитуды сокращения матки
 - б) сохранением ритма
 - в) уменьшением частоты схваток
 - г) всем перечисленным
277. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать
- а) о слабости родовой деятельности
 - б) о дискоординации родовой деятельности
 - в) о дистонии шейки матки
 - г) о всем перечисленном
278. К несвоевременному излитию околоплодных вод приводят
- а) воспалительные изменения амниона
 - б) неравномерная скорость повышения и снижения внутриматочного давления
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое

279. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно

- а) болезненность схваток
- б) затрудненное мочеиспускание
- в) затрудненная пальпация предлежащей части плода
- г) ничего из перечисленного

280. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся

- а) резкая болезненность схваток
- б) повышение базального тонуса матки
- в) затруднение мочеиспускания
- г) все перечисленные

281. Для течения быстрых родов наиболее характерно

- а) повышение температуры тела
- б) тошнота, рвота
- в) сухой язык, тахикардия
- г) ничего из перечисленного

282. Наиболее частыми осложнениями для матери при дискоординации родовой деятельности являются

- а) разрывы родовых путей
- б) преждевременная отслойка плаценты
- в) эмболия околоплодными водами
- г) все перечисленные

283. Наиболее частыми осложнениями для матери при слабости родовой деятельности являются

- а) поздний гестоз
- б) низкая плацентация
- в) неустойчивое положение плода
- г) ничего из перечисленного

284. Для лечения дискоординации родовой деятельности применяют

- а) окситоцин
- б) простенон
- в) простагландин F₂
- г) ничего из перечисленного

285. Для лечения слабости родовой деятельности применяют

- а) токолитики
- б) миметики
- в) спазмолитики
- г) ничего из перечисленного

286. К основным факторам рождения крупного плода следует отнести

- а) сахарный диабет
- б) поздний гестоз
- в) артериальную гипотонию
- г) резус-сенсбилизацию

287. К медицинским показаниям к искусственному прерыванию беременности относится

- а) возраст женщины 16-20 лет

- б) возраст женщины 45-50 лет
- в) перенесенная гонорея
- г) ничего из перечисленного

288. Опасность перфорации матки особенно повышена

- а) при эндомиометрите
- б) при миоме матки
- в) при пороках развития матки
- г) при всем перечисленном

289. Основное отличие простого плоского таза от плоско-рахитического состоит в следующем

- 1) имеет место уплощение крестца
- 2) укорочен только прямой размер входа в малый таз
- 3) имеет место деформация таза
- 4) мыс более глубоко вдается в полость малого таза
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) все ответы неправильны

290. Значение для определения величины истинной конъюгаты имеет

- 1) наружная конъюгата
- 2) окружность в области лучезапястного сустава
- 3) вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба
- 4) поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

291. В диагностике тазового предлежания плода большое значение имеет следующее

- 1) высокое стояние дна матки
- 2) расположение места наиболее отчетливого выслушивания сердцебиения плода выше пупка
- 3) определение над входом в малый таз крупной части плода, баллотирующей
- 4) определение в дне матки крупной части плода, небаллотирующей
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

292. Осложнениями родов в тазовом предлежании плода является

- 1) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 2) слабость родовой деятельности
- 3) разгибание ручек
- 4) запрокидывание головки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

293. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее

- а) многоводие
- б) многоплодие
- в) предлежание плаценты
- г) все перечисленное

294. При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно

- а) высокое расположение предлежащей части плода
- б) поперечное и косое положение плода
- в) шум сосудов плаценты над лоном
- г) все перечисленное

295. Ревматизм поражает преимущественно

- а) митральный клапан сердца
- б) аортальный клапан
- в) трехстворчатый клапан
- г) клапан легочной артерии

296. Ревматизм - это заболевание

- а) паразитарное
- б) инфекционно-аллергическое
- в) гормональное
- г) наследственное

297. Наличие активного ревматизма

- а) ухудшает прогноз беременности
- б) не влияет на исход беременности
- в) вызывает прерывание беременности

298. Беременность противопоказана

- а) при остром и подостром течении ревматизма
- б) если после последней ревматической атаки прошло меньше 6 месяцев
- в) при вялотекущем ревматизме
- г) при всем перечисленном

299. Лактация при активности ревматизма

- а) разрешена
- б) запрещена
- в) решается индивидуально

300. 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) все перечисленное

301. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности

- а) 8-12 недель
- б) 13-18 недель
- в) 19-24 недели
- г) 24-32 недели

302. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются
- а) выраженной одышкой
 - б) кашлем
 - в) влажными хрипами
 - г) всем перечисленным
303. Кесарево сечение показано
- а) при недостаточности кровообращения II-III стадии
 - б) при септическом эндокардите
 - в) при острой сердечной недостаточности в родах
 - г) при всем перечисленном
304. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии
- а) 32 недели
 - б) 36 недель
 - в) 37-38 недель
 - г) 39-40 недель
305. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием
- а) для прерывания беременности
 - б) для сохранения беременности
 - в) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса
306. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием
- а) для сохранения беременности
 - б) для прерывания беременности
 - в) для пролонгирования в зависимости от состояния
307. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо
- а) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины
 - б) прерывать
 - в) сохранять
308. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить
- а) с эпилепсией
 - б) с преэклампсией
 - в) с острым инфарктом миокарда
309. Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду
- а) параплацентарно
 - б) трансплацентарно
 - в) восходящим путем
 - г) всеми перечисленными путями
310. К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен
- а) в ранние сроки беременности
 - б) в середине беременности

- в) в последние сроки беременности
 - г) правильно б) и в)
311. Хронические инфекционные процессы во время беременности, как правило
- а) находятся в стойкой ремиссии
 - б) обостряются
 - в) влияние не выявлено
312. Заболевание беременной краснухой приводит к развитию
- а) преждевременного прерывания беременности
 - б) аномалии развития плода
 - в) тяжелым поражениям материнского организма
 - г) всего перечисленного
313. При заболевании краснухой во время беременности тактика акушера-гинеколога, главным образом, зависит
- а) от тяжести клинических проявлений у матери
 - б) от срока беременности
 - в) от наличия сопутствующей патологии
 - г) от всего перечисленного
314. При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения
- а) аномалии развития плода
 - б) внутриутробное инфицирование плаценты
 - в) самопроизвольный выкидыш
 - г) все перечисленные
315. Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции
- а) трансплацентарный
 - б) при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов
 - в) грудное вскармливание
 - г) все перечисленные
316. Урогенитальный хламидиоз - это инфекция, вызванная
- а) внутриклеточным паразитом
 - б) вирусом
 - в) бактерией
 - г) ничем из перечисленного
317. Хламидийная инфекция у взрослых распространяется преимущественно
- а) воздушно-капельным путем
 - б) через кровь во время инъекции
 - в) половым путем
 - г) правильно а) и в)
318. Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует
- а) преждевременному прерыванию беременности
 - б) развитию послеродовой инфекции
 - в) заболеванию новорожденного
 - г) всему перечисленному

319. Во время беременности лечение урогенитального хламидиоза проводят преимущественно
- а) эритромицином
 - б) сульфониламидами
 - в) тетрациклином
 - г) ничем из перечисленного
320. Обследование беременной на гонорею (при наблюдении в женской консультации) проводится обязательно
- а) при взятии на учет по беременности
 - б) один раз в течение каждого триместра беременности
 - в) в 32 недели беременности
 - г) правильно а) и в)
321. Влагалищная трихомонада относится
- а) к простейшим
 - б) к бактериям
 - в) к вирусам
 - г) к паразитам
322. Заражение трихомониазом беременных происходит обычно
- а) воздушно-капельным путем
 - б) половым путем
 - в) через кровь при инъекциях
 - г) алиментарным путем
323. Наличие грибкового поражения влагалища у беременной является
- а) ассоциативным поражением при кольпитах
 - б) следствием неправильного применения антибиотиков
 - в) всем перечисленным
 - г) ничем из перечисленного
324. Обязательное исследование крови беременных на реакцию Вассермана проводится во время беременности
- а) 3 раза
 - б) 1 раз
 - в) 2 раза
325. Все беременные, больные сифилисом, подлежат лечению
- а) в венерологической больнице
 - б) в родильном доме
 - в) в женской консультации
326. Новорожденные от матери с сифилисом подлежат
- а) специфическому лечению
 - б) специфическому наблюдению
 - в) лечению, если мать не прошла полного курса при беременности
327. При сочетании миопии и беременности для решения вопроса о сохранении последней необходимо учитывать
- а) степень прогрессирования миопии при беременности
 - б) изменения на глазном дне

- в) все перечисленное
 - г) ничего из перечисленного
328. Показанием к кесареву сечению при миопии является
- а) высокая степень миопии
 - б) амавроз
 - в) отслойка сетчатки
 - г) все перечисленное
329. Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза легких
- а) необходима
 - б) не обязательна
 - в) по желанию женщины
330. Наиболее часто внутрипеченочный холестаза при беременности проявляется
- а) в I триместре
 - б) во II-III триместре
 - в) в послеродовом периоде
331. Внутрипеченочный холестаза клинически проявляется
- а) сильным кожным зудом
 - б) повышением общего билирубина
 - в) желтухой
 - г) всем перечисленным
332. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме
- а) срочно прервать беременность
 - б) успокоить беременную и пролонгировать беременность
 - в) назначить антигистаминные препараты
 - г) назначить желчегонные препараты
333. Симптомы, характерные для острого панкреатита
- а) опоясывающие сильные боли
 - б) тошнота, рвота
 - в) иктеричность кожных покровов
 - г) правильно а) и б)
334. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной
- а) срочно прервать беременность
 - б) купировать приступ с последующим прерыванием беременности
 - в) провести комплексную терапию острого панкреатита и терапию, направленную на сохранение беременности
335. Инсулин - это анаболический гормон, способствующий
- а) утилизации глюкозы
 - б) биосинтезу гликогена
 - в) биосинтезу белков
 - г) всему перечисленному
336. Факторы, являющиеся причинами развития сахарного диабета, - это
- а) заболевание поджелудочной железы
 - б) заболевание других желез внутренней секреции

- в) нарушение рецепции к инсулину
 - г) все перечисленные
337. Сахарный диабет - это заболевание, в основе которого лежит
- а) абсолютная недостаточность инсулина в организме
 - б) относительная недостаточность инсулина в организме
 - в) нарушение обмена веществ
 - г) все перечисленное
338. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины
- а) 80 г/л
 - б) 90 г/л
 - в) 100 г/л
 - г) 110 г/л
339. Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме
- а) слабости
 - б) одышки, обмороков
 - в) головной боли, головокружения
 - г) сухости во рту
340. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита у беременных являются
- а) кишечная палочка, протей, клебсиелла
 - б) энтерококки, стафилококки
 - в) микробные ассоциации
 - г) все перечисленные
341. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путем
- а) лимфогенным
 - б) уриногенным
 - в) гематогенным
342. 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) все перечисленное
343. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме
- а) пенициллина
 - б) ампициллина
 - в) пиопена
 - г) тетрациклина
344. Обострение хронического (или проявление гестационного) пиелонефрита чаще происходит при сроке беременности
- а) 10-21 неделя
 - б) 22-28 недель

- в) 29-32 недели
г) 33-38 недель
345. При бессимптомной бактериурии во время беременности следует
а) прервать беременность
б) сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите
в) провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза
г) правильно б) и в)
346. Симптомами мочекаменной болезни являются
а) боль
б) отеки
в) гематурия
г) все перечисленные
347. Симптомами острого гестационного пиелонефрита являются все перечисленные, кроме
а) высокой температуры тела, нередко озноба
б) сильной головной боли
в) боли в поясничной области, соответствующей стороне поражения
г) отеков
348. Предлежание плаценты — это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается
а) в теле матки
б) в нижнем сегменте матки
в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев
г) по задней стенке матки
349. Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева
а) на 11-12 см
б) на 9-10 см
в) на 7-8 см
г) на 5-6 см
350. Факторами, обуславливающими «миграцию» плаценты, являются все перечисленные, кроме
а) растяжения нижнего сегмента матки
б) перемещения слоев миометрия в процессе беременности
в) атрофии нижней части плаценты
г) перемещения ворсин хориона по базальной мембране матки
351. 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)
352. Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом
а) артериальная гипотония
б) артериальная гипертензия
в) анемия
г) кровянистые выделения из половых путей

353. Развитию низкой плацентации способствуют следующие изменения в матке, кроме
- а) дистрофических
 - б) воспалительных
 - в) рубцовых
 - г) пролиферативных
354. При влагалищном исследовании при полном предлежании плаценты, как правило, определяется
- а) шероховатые оболочки плодного пузыря
 - б) тазовый конец плода
 - в) ручка плода
 - г) все перечисленное
355. 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) ничего из перечисленного
356. Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать
- а) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
 - б) с разрывом матки
 - в) с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
 - г) со всем перечисленным
357. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является
- а) всегда наружное
 - б) в покое, чаще ночью
 - в) всегда безболезненное
 - г) ничего из перечисленного
358. При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно
- а) высокое расположение предлежащей части плода
 - б) поперечное и косое положение плода
 - в) шум сосудов плаценты над лоном
 - г) все перечисленное
359. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является
- а) болезненность матки при пальпации
 - б) наружного кровотечения может и не быть
 - в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
 - г) ничего из перечисленного
360. 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)

361. При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно
- а) локальная болезненность
 - б) схваткообразные боли в крестце и пояснице
 - в) отеки нижних конечностей
 - г) отеки передней брюшной стенки
362. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является
- а) ранний токсикоз беременных
 - б) преэклампсия
 - в) диабет
 - г) пороки развития матки
363. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано
- а) родостимуляция окситоцином
 - б) родостимуляция простагландинами
 - в) введение метилэргометрина капельно внутривенно
 - г) ничего из перечисленного
364. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит
- а) при дискоординации родовой деятельности
 - б) при абсолютной и относительной короткости пуповины
 - в) при непоказанной родостимуляции
 - г) при всем перечисленном
365. Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет
- а) предлежание плода (головное, тазовое)
 - б) состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)
 - в) состояние плода (живой, мертвый)
 - г) выраженность кровотечения
366. Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме
- а) болей в животе
 - б) анемии
 - в) асимметрии матки
 - г) полиурии
367. Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлена
- а) размером отслоившейся поверхности плаценты
 - б) состоянием системы гемостаза
 - в) тяжестью фоновой патологии
 - г) всем перечисленным
368. Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит
- а) от степени предлежания
 - б) от величины кровотечения

- в) от сопутствующей патологии
 - г) от всего перечисленного
369. Предлежанию плаценты часто сопутствует
- а) плотное прикрепление плаценты
 - б) истинное приращение плаценты
 - в) анемизация женщины
 - г) все перечисленное
370. Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является
- а) внезапность их появления
 - б) их повторяемость
 - а) анемизация беременной
 - г) все перечисленное
371. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести
- а) родовозбуждение
 - в) раннюю амниотомию
 - в) токолиз
 - г) кесарево сечение
372. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить
- а) состояние родовых путей
 - б) состояние плода
 - в) кровопотерю
 - г) все перечисленное
373. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует
- а) произвести кесарево сечение
 - б) наложить акушерские щипцы
 - в) применить вакуум-экстракцию плода
 - г) верно все перечисленное
374. Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется
- а) обильным кровотечением
 - б) сильными болями внизу живота
 - в) длительной гипотонией
 - г) гибелью плода
375. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно
- а) эксцентричное расположение наружного зева
 - б) бочкообразная форма шейки матки
 - в) резкий цианоз влажной порции шейки матки
 - г) все перечисленное
376. Показанием для ручного обследования послеродовой матки является
- а) повышенная кровопотеря
 - б) сомнение в целостности плаценты
 - в) сомнение в целостности стенки матки

- г) все перечисленное
377. При шеечной беременности следует произвести
- а) выскабливание шейки и матки
 - б) тампонаду шейки
 - в) надвлагалищную ампутацию матки
 - г) экстирпацию матки
378. Нарушение процесса отделения плаценты обусловлено
- а) патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
 - б) гипотонией матки
 - в) форсированным отделением плаценты
 - г) всем перечисленным
379. Задержка частей плаценты в матке обычно обусловлена
- а) патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
 - б) нарушением сократительной способности матки
 - в) спазмом маточного зева
 - г) всем перечисленным
380. При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило, проникают вглубь стенки матки
- а) в спонгиозный слой слизистой оболочки
 - б) в компактный слой слизистой оболочки
 - в) в базальный слой слизистой оболочки
 - г) в миометрий
381. Для полного истинного приращения плаценты характерно
- а) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде
 - б) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
 - в) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
 - г) несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
382. Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона
- а) в базальный слой слизистой оболочки
 - б) в миометрий
 - в) в компактный слой слизистой оболочки
 - г) в спонгиозный слой слизистой оболочки
 - д) ничего из перечисленного
383. При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической кровопотери показано
- а) одномоментное внутривенное введение окситоцина
 - б) капельное внутривенное введение метилэргометрина
 - в) внутримышечное введение питуитрина
 - г) ручное отделение плаценты
384. К основным причинам патологии раннего послеродового периода относят
- а) задержку в матке дольки плаценты
 - б) гипотонию матки
 - в) кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови
 - г) все перечисленное

385. Шоковый индекс - это
- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
 - б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
 - в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
 - г) ничего из перечисленного
386. Геморрагический шок - это
- а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
 - б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
 - в) экстремальное состояние организма
 - г) все перечисленное
387. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах, как правило, обусловлено
- 1) гипотонией матки
 - 2) нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа
 - 3) разрывами родовых путей
 - 4) нарушением системы свертывания крови
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
388. Гипотония матки в послеродовом периоде чаще всего обусловлена
- 1) перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод)
 - 2) инфантилизмом
 - 3) воспалительными и дистрофическими изменениями миометрия
 - 4) переутомлением женщины в родах
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
389. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах
- 1) преждевременных
 - 2) запоздалых
 - 3) стремительных
 - 4) быстрых
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
390. Рвота у беременной в I триместре беременности может считаться проявлением раннего токсикоза в том случае, если
- а) ее возникновение связано с приемом пищи
 - б) ее возникновение не связано с приемом пищи
 - в) частота ее 3-5 и более раз в сутки
 - г) верно все перечисленное

391. Рвота беременных - это полиэтиологическое осложнение, при котором имеется
- а) дизадаптация функциональных регуляторных систем организма
 - б) изменение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге
 - в) дискоординация функций вегетативной нервной системы
 - г) все перечисленное
392. Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин
- а) молодого возраста
 - б) повторнобеременных
 - в) с высоким инфекционным индексом
 - г) у всех перечисленных
393. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно
- а) частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки
 - б) частота пульса 90-100 ударов в минуту
 - в) периодически ацетон в моче
 - г) ничего из перечисленного
394. Повышение артериального давления в I триместре беременности _____ характерно
- а) для гипертонической болезни
 - б) для позднего гестоза
 - в) для почечно-каменной болезни
 - г) для поликистоза почек
395. Преэклампсия - это осложнение, возникающее
- а) только во время беременности
 - б) при высоком содержании в организме пролактина и тромбоксана
 - в) при хориокарциноме
 - г) при всем перечисленном
396. Возможным осложнением при тяжелой преэклампсией является
- 1) кровоизлияние в мозг
 - 2) острый жировой гепатоз
 - 3) острая дыхательная недостаточность
 - 4) психоз
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
397. Для оценки тяжести преэклампсии следует учитывать
- 1) среднее артериальное давление (в мм рт. ст.)
 - 2) уровень диастолического АД (в мм рт. ст.)
 - 3) суточную потерю белка в моче
 - 4) уровень пульсового АД
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
398. Признаками тяжелого течения преэклампсии являются, как правило
- 1) олигурия

- 2) гиперкоагуляция
 - 3) анемия
 - 4) тромбоцитопения
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
399. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме
- а) нарушения задней спайки
 - б) повреждения стенок влагалища
 - в) повреждения мышц промежности
 - г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
400. При разрыве промежности III степени швы накладывают, как правило, в следующей последовательности
- а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности
 - б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности
 - в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности
 - г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности
401. Насильственные разрывы шейки матки образуются во всех перечисленных ситуациях, кроме
- а) наложения акушерских щипцов
 - б) поворота плода на ножку
 - в) извлечения плода за тазовый конец
 - г) длительного сдавления шейки матки при узком тазе
402. При разрыве промежности I степени швы накладывают, как правило
- а) на слизистую влагалища
 - б) на мышцы промежности
 - в) на кожу промежности
 - г) верно а) и в)
403. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является
- а) восстановление слизистой влагалища
 - б) наложение швов на мышцы промежности
 - в) восстановление сфинктера прямой кишки
 - г) зашивание разрыва стенки прямой кишки
404. Первым этапом зашивания разрыва промежности IV степени является
- а) восстановление слизистой влагалища
 - б) наложение швов на мышцы промежности
 - в) восстановление сфинктера прямой кишки
 - г) зашивание разрыва стенки прямой кишки
405. Факторы, предрасполагающие к перфорации матки во время производства искусственного аборта
- а) неправильное положение матки

- б) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез
 - в) опухоли матки
 - г) все перечисленные
406. Возникновению разрывов промежности в родах способствует
- 1) прорезывание головки плода неблагоприятным размером
 - 2) наложение акушерских щипцов
 - 3) ригидность тканей промежности
 - 4) неправильное ведение родов
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
407. Причины возникновения разрывов влагалища в родах
- 1) инфантилизм
 - 2) стремительное течение родов
 - 3) крупная головка плода
 - 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
408. Принципы лечения совершившегося разрыва матки
- 1) адекватное анестезиологическое пособие
 - 2) оперативное вмешательство
 - 3) инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере
 - 4) коррекция нарушений гемокоагуляции
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
409. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующими
- 1) наличием опухолевидного образования
 - 2) сине-багровой окраской образования
 - 3) напряжением тканей над образованием и болезненностью
 - 4) возможным появлением признаков анемии
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всем перечисленным
 - г) верно 4
410. Профилактика разрывов промежности включает
- 1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах
 - 2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций
 - 3) правильное ведение родов
 - 4) перинеотомию или эпизиотомию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2

- в) все перечисленное
- г) верно 4

411. Показания к перинеотомии или эпизиотомии

- 1) ригидная промежность
- 2) операция наложения акушерских щипцов
- 3) высокая промежность
- 4) недоношенный плод
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

412. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует

- 1) ригидность шейки матки
- 2) изменения, связанные с предшествующими воспалительными процессами и травмами шейки матки
- 3) крупный плод
- 4) экстракция плода за тазовый конец
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

413. Причины разрыва матки во время беременности

- 1) клинически узкий таз
- 2) анатомически узкий таз
- 3) крупный плод
- 4) несостоятельность послеоперационного рубца на матке
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

414. Причины разрыва матки в родах

- 1) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери
- 2) поперечное положение плода
- 3) анатомически узкий таз
- 4) крупный плод
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4

415. Симптомами начавшегося разрыва матки являются

- 1) непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз
- 2) выраженная болезненность живота вне схваток или потуг
- 3) кровянистые выделения из матки
- 4) примесь крови в моче
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное

г) верно 4

416. Клинические признаки совершившегося разрыва матки

- 1) распирающая боль в животе
 - 2) тяжелое состояние женщины, связанное с шоком
 - 3) прекращение родовой деятельности
 - 4) определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4

417. К группе риска по акушерской травме таза относятся беременные

- 1) с симфизиопатией во время беременности
 - 2) с крупным плодом
 - 3) с узким тазом
 - 4) страдающие генитальным инфантилизмом
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4

418. При разрыве лонного сочленения в родах может одновременно повреждаться

- 1) мочевого пузыря
 - 2) уретра
 - 3) клитор
 - 4) шейка матки
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4

419. Возможные причины разрывов лонного сочленения в родах

- 1) значительное серозное пропитывание соединений и связочного аппарата таза во время беременности
 - 2) гестоз беременных
 - 3) крупный плод
 - 4) оперативное родоразрешение (плодоразрушающая операция, акушерские щипцы)
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4

420. Клиническая картина при расхождении лонного сочленения характеризуется

- 1) болью в области лобка
 - 2) отечностью тканей и углублением между разошедшимися концами лобковых костей
 - 3) болью при пальпации лонного сочленения
 - 4) усилением боли в области симфиза при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всем перечисленным

- г) верно 4
421. Диагностика расхождений и разрывов лонного сочленения основывается
- 1) на учете особенностей течения родов
 - 2) на данных клинического исследования
 - 3) на УЗИ
 - 4) на рентгенографии костей таза
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) на всем перечисленном
г) верно 4
422. Современные методы лечения разрывов лонного сочленения
- 1) создание покоя
 - 2) тугое бинтование таза эластичным бинтом
 - 3) положение на щите (в течение 3-5 недель)
 - 4) разработка специальных ортопедических моделей
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
423. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины
- а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
 - б) с хроническим воспалительным процессом гениталий
 - в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
 - г) со всем перечисленным
424. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются
- а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
 - б) в локальном воздействии на очаг инфекции
 - в) в повышении неспецифической реактивности организма
 - г) во всем перечисленном
425. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов
- а) температура тела роженицы 38°C и выше
 - б) тахикардия до 100 ударов в минуту
 - в) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов
 - г) все перечисленное
426. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал
- а) с помощью трихомонад
 - б) с помощью сперматозоидов
 - в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
 - г) всеми перечисленными способами
427. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

- а) ознобы
 - б) появление жидкого стула
 - в) появление резей при мочеиспускании
 - г) все перечисленное
428. Условия, способствующие развитию лактационного мастита
- а) лактостаз
 - б) трещины сосков
 - в) снижение иммунологической защиты организма
 - г) все перечисленное
429. К группе риска по развитию послеродового мастита относится
- а) мастит в анамнезе
 - б) мастопатия
 - в) наличие послеродового эндометрита
 - г) все перечисленное
430. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит
- а) от степени микробной обсемененности матки
 - б) от реактивности организма
 - в) от вирулентности бактериальной флоры
 - г) от всего перечисленного
431. Акушерский перитонит чаще всего возникает после
- а) родов
 - б) раннего самопроизвольного выкидыша
 - в) кесарева сечения
 - г) искусственного аборта
432. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении
- а) возможного начала воспалительного процесса
 - б) возбудителя заболевания
 - в) функционального состояния яичников
 - г) всего перечисленного
433. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается
- а) боли внизу живота и в области поясницы
 - б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
 - в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
434. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) галактогенный
 - г) все перечисленные
435. Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита в последнее время

- а) инфильтративно-гнойный
 - б) абсцедирующий
 - в) флегмозный
 - г) верно а) и б)
436. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита, как правило, отмечается
- а) пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот)
 - б) отсутствие явного абсцедирования в молочной железе
 - в) наличие выраженного инфильтрата в ткани молочной железы
 - г) все перечисленное
437. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит
- а) флегмонозный
 - б) гангренозный
 - в) абсцедирующий
 - г) инфильтративно-гнойный
438. Критерии эффективности проводимой антибактериальной терапии (при послеродовых воспалительных заболеваниях)
- а) положительная динамика клинических симптомов
 - б) уменьшение или исчезновение палочкоядерного сдвига формулы белой крови
 - в) увеличение «разрыва» между самой низкой и самой высокой температурой тела за сутки (при трехчасовой термометрии)
 - г) верно а) и б)
439. Ко второму этапу послеродовой септической инфекции (по классификации Сазонова - Бартельса) относится все перечисленное, кроме
- а) параметрита
 - б) метротромбофлебита
 - в) пельвиоперитонита
 - г) общего перитонита
440. Особенности половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом
- а) снижение или отсутствие либидо
 - б) болевые ощущения при половом акте
 - в) отвращение к половому акту
 - г) все перечисленные особенности
441. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить
- а) при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
 - б) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, аборт, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
 - в) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
 - г) при всем перечисленном
442. Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение
- а) 1 мес
 - б) 2 мес
 - в) 3 мес
 - г) 4 мес

443. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет
- а) вирулентность микроба
 - б) состояние защитных сил организма женщины
 - в) наличие раневых входных ворот
 - г) все перечисленное
444. У больных со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки (в «холодном» периоде) ничто из перечисленного не показано, кроме
- а) пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков
 - б) хирургического лечения
 - в) терапии пирогеналом
 - г) терапии гоновакциной
445. Особенности клиники перитонита после операции кесарева сечения зависят, как правило, от развития его стадий
- а) длительности реактивной и быстроты токсической
 - б) длительности реактивной и длительности токсической
 - в) быстроты реактивной и длительности токсической
 - г) все перечисленное неверно
446. У больных с септикопиемией после родов, вызванной стафилококком, отмечаются, как правило, все перечисленные локализации метастатических очагов, кроме
- а) почек
 - б) печени
 - в) легких
 - г) крупных суставов
447. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме
- а) доксициклина
 - б) эритромицина
 - в) сульфата
 - г) ампициллина
448. Для уточнения характера возбудителя послеродового воспалительного заболевания необходимо производить (по показаниям) посев
- 1) гноя
 - 2) крови
 - 3) содержимого полости матки
 - 4) секрета молочных желез
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
449. Хронический неспецифический эндомиометрит характеризуется
- 1) рецидивирующим течением
 - 2) нарушением менструальной функции
 - 3) гиперандрогенией
 - 4) гиперпролактинемией

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4

450. При хроническом эндометрите у больных часто отмечается

- 1) метроррагия
 - 2) склонность к невынашиванию беременности
 - 3) боли внизу живота во время менструации
 - 4) нарушение общего состояния женщин: эйфория или заторможенность
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

451. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются

- 1) интоксикация
 - 2) паралитическая (паретическая) непроходимость кишечника
 - 3) экссудация брюшины
 - 4) гиповолемия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

452. Для диагностики туберкулеза гениталий применяют

- 1) гистеросальпингографию
 - 2) биконтрастную гинекографию
 - 3) туберкулинодиагностику
 - 4) лимфографию
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

453. Критерии диагностики воспаления придатков матки (при проведении дифференциальной диагностики с аппендицитом)

- 1) часто наличие воспаления придатков в анамнезе
 - 2) постепенное развитие заболевания
 - 3) болезненность в области Дугласова кармана при ректальном исследовании (симптом Промптова положительный)
 - 4) быстрое нарастание лейкоцитоза в периферической крови уже в первые часы заболевания
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

454. Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом

- 1) гиперменорея
- 2) полименорея
- 3) гипоменорея
- 4) олигоменорея

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4

455. Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки

- 1) разрывы промежности
 - 2) нарушение гигиены половой жизни
 - 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
 - 4) зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

456. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингофоритом, проявляется в развитии у них

- 1) бесплодия
 - 2) внематочной беременности
 - 3) самопроизвольного выкидыша
 - 4) неразвивающейся беременности
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4

457. Особенности взятия мазков на GN

- 1) мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
 - 2) мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
 - 3) за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
 - 4) в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4

458. Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии

- 1) предупреждение абортов
 - 2) проведение реабилитации после аборта
 - 3) своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов
 - 4) учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4

459. Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

- 1) трансабдоминальную эхографию
- 2) трансвагинальную эхографию

- 3) компьютерную томографию
4) кульдоскопию
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
460. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки очень часто происходит
1) микроперфорация образования с последующим развитием перитонита
2) перфорация образования в смежные тазовые органы
3) образование межкишечного абсцесса
4) формирование генитальных свищей
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4
461. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта
происходит чаще в сроке беременности
а) 11-12 недель
б) 9-10 недель
в) 7-8 недель
г) 4-6 недель
462. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще
всего в сроке беременности
а) 1-2 недели
б) 3-4 недели
в) 5-6 недель
г) 7-8 недель
463. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано
а) консервативное противовоспалительное лечение
б) операция
в) гемотрансфузия
г) все перечисленное
464. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано
а) немедленное переливание крови
б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
в) надежный гемостаз
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
465. Клинические признаки перитонита
а) вздутие живота
б) парез кишечника
в) прогрессирующая тахикардия
г) все перечисленные
466. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со
следующей симптоматикой
а) скудные кровянистые выделения из половых путей
б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области

- в) при влагалищном исследовании -
увеличение и болезненность придатков
 - г) верно все перечисленное
467. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой
- а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
 - б) иррадиация боли в плечо
 - в) тошнота (или рвота)
 - г) верно все перечисленное
468. Возможным источником кровотечения из яичника является
- а) желтое тело
 - б) фолликулярная киста яичника
 - в) киста желтого тела
 - г) все перечисленное
469. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности
- а) гемотрансфузия, операция
 - б) консультация терапевта, анестезиолога, операция
 - в) ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция
 - г) операция, гемотрансфузия
470. Апоплексия яичника - это
- а) остро возникшее кровотечение из яичника
 - б) разрыв яичника
 - в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
 - г) верно а) и б)
471. Перитонит - это воспаление
- а) висцеральной брюшины
 - б) париетальной брюшины
 - в) клетчатки малого таза
 - г) верно а) и б)
472. Причины «острого живота» вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов
- а) внематочная беременность
 - б) перекрут ножки опухоли яичника
 - в) инфаркт миоматозного узла
 - г) верно б) и в)
473. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
- а) в анамнезе - множественные аборт
 - б) эндометрит
 - в) пузырный занос
 - г) все перечисленные факторы
474. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме
- а) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
 - б) отсутствия наружного кровотечения
 - в) отрицательных биологических реакций на беременность
 - г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови

475. При развитии перитонита после операции у гинекологической больной, как правило, отмечается
- а) возвратность пареза кишечника
 - б) недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии
 - в) нарастание признаков интоксикации
 - г) все перечисленное
476. Возможные изменения периферической крови у больных с перитонитом
- а) сдвиг формулы белой крови влево
 - б) количество лейкоцитов несколько больше нормы
 - в) лимфопения
 - г) все перечисленные изменения
477. Дренирование брюшной полости во время операции у больной с гнойным перитонитом необходимо
- а) для оттока гнойного экссудата
 - б) для введения антибактериальных препаратов
 - в) для брюшного лаважа
 - г) для всего перечисленного
478. Перекрыт ножки опухоли яичника может быть
- а) полный
 - б) частичный
 - в) многократный
 - г) верно все перечисленное
479. По локализации плодного яйца выделяют следующие варианты внематочной беременности
- а) двусторонняя трубная беременность
 - б) брюшная беременность
 - в) шеечная беременность
 - г) все перечисленные варианты
480. Разрыв беременной трубы надо дифференцировать
- 1) с острым аппендицитом
 - 2) с апоплексией яичника
 - 3) с перекрытом ножки опухоли яичника
 - 4) с пищевой интоксикацией
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) со всем перечисленным
 - г) верно 4
481. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит
- 1) от характера кровотечения
 - 2) от наличия сопутствующих заболеваний
 - 3) от выраженности болевого синдрома
 - 4) от возраста больной
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) от всего перечисленного
 - г) верно 4

482. Апоплексия яичника может развиваться

- 1) вследствие чрезмерного физического напряжения
 - 2) вследствие сексуальной гиперактивности
 - 3) в состоянии покоя
 - 4) во время беременности
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4

483. Апоплексия яичника чаще наступает

- 1) в период овуляции
 - 2) в стадию васкуляризации желтого тела
 - 3) в период созревания граафова фолликула
 - 4) в период атрезии фолликулов
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4

484. Для клиники апоплексии яичника характерно

- 1) острое начало, появление иногда очень сильных болей внизу живота
 - 2) нередко тошнота и рвота на фоне приступа болей
 - 3) при обильном кровотечении в брюшную полость возможно возникновение френикус-симптома
 - 4) вполне удовлетворительное самочувствие больной, отсутствие признаков значительного кровотечения в брюшную полость
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4

485. Абсолютным показанием к операции в гинекологии является

- 1) внутрибрюшное кровотечение
 - 2) перитонит
 - 3) угроза перфорации tuboовариального абсцесса
 - 4) пельвиоперитонит
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное
г) верно 4

486. Показанием к оперативному лечению у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов является

- 1) пиосальпинкс и пиовар
 - 2) сочетание воспалительного процесса с новообразованием внутренних половых органов
 - 3) tuboовариальное образование, не поддающееся консервативному лечению
 - 4) хронический сальпингоофорит с мелкокистозной дегенерацией яичников
- а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленное

г) верно 4

487. Пельвиоперитонит - это

- 1) перитонит, локализованный в области малого таза
 - 2) воспаление брюшины малого таза
 - 3) воспаление клетчатки малого таза
 - 4) воспаление серозного покрова матки
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4

488. Развитие перитонита может быть обусловлено

- 1) нарушением целостности стенок полых органов
 - 2) нарушением проницаемости стенки кишечника
 - 3) воспалением органов брюшной полости
 - 4) острым нарушением кровоснабжения внутренних органов
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всем перечисленным
 - г) верно 4

489. Эндометриоз шейки матки встречается у женщин после

- а) аборт
- б) диатермокоагуляции шейки матки
- в) гистеросальпингографии
- г) всего перечисленного

490. Факторы риска по развитию аденокарциномы в очагах внутреннего эндометриоза у пациенток в постменопаузе

- а) ожирение
- б) гипертоническая болезнь
- в) сахарный диабет
- г) все перечисленные факторы

491. Для эндометриоидных кист яичника характерны следующие клинические симптомы

- а) резкие боли в низу живота с развитием у части больных синдрома "острого" живота
- б) прогрессирующая альгоменорея
- в) нарушение функции кишечника и мочевого пузыря
- г) все перечисленные симптомы

492. Определение термина «эндометриоз»

- а) дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия
- б) опухолевидный процесс
- в) доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию
- г) верно все перечисленное

493. При внутреннем эндометриозе тела матки чаще встречается

- а) диффузная форма
- б) очаговая форма
- в) узловатая форма

494. О сочетанной локализации внутреннего эндометриоза тела матки можно говорить, если имеется его локализация
- а) корпоральная и истмическая
 - б) истмическая и яичники
 - в) яичники и корпоральная
 - г) корпоральная и шейка матки
495. Выраженность альгоменореи у больных с внутренним эндометриозом тела матки находится в прямой зависимости
- а) от распространения эндометриоза
 - б) от возраста женщины
 - в) от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии
 - г) от всего перечисленного
496. Выраженный болевой симптом наблюдается при всех перечисленных локализациях генитального эндометриоза, кроме
- а) истмико-цервикального отдела матки
 - б) яичников
 - в) шейки матки
 - г) маточных труб
497. У больных с эндометриоидными кистами яичников целесообразно проведение следующего дополнительного метода исследования
- а) экскреторной урографии
 - б) ирригоскопии
 - в) ректороманоскопии
 - г) всего перечисленного
498. Факторы риска по развитию генитального эндометриоза
- 1) угнетение активности специфического иммунитета
 - 2) длительное применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов
 - 3) повышение активности клеточного иммунитета
 - 4) длительное превалирующее действие гестагенов
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные факторы
 - г) ни один из перечисленных факторов
499. Факторы риска по развитию эндометриоза яичников
- 1) нарушение соотношения половых и гонадотропных гормонов
 - 2) нарушение метаболизма эстрогенов
 - 3) длительная гиперэстрогения
 - 4) структурные изменения шейки (следствие ДЭК, разрывов, длительно текущих воспалительных процессов)
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные факторы
 - г) верно 4
500. Эндометриоз развивается в результате
- 1) дисгормональных расстройств
 - 2) патологии яичников
 - 3) дисфункции коры надпочечников

- 4) нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) всего перечисленного
г) верно 4
501. Для внутреннего эндометриоза тела матки наиболее характерны следующие клинические симптомы
1) бесплодие
2) мажущие кровянистые выделения до и после менструации
3) гиперполименорея
4) вторичная анемия
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные симптомы
г) верно 4
502. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют, как правило, следующие методы исследования
1) кольпоскопию
2) прицельную биопсию шейки матки
3) гистероскопию
4) диагностическое выскабливание цервикального канала
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные методы
г) верно 4
503. Эндометриоз тела матки следует дифференцировать
1) с подслизистой миомой матки
2) с полипозом эндометрия
3) с раком эндометрия
4) с хроническим эндометритом
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) со всем перечисленным
г) верно 4
504. Под термином «бесплодный брак» подразумевается
а) отсутствие у супругов способности к зачатию
б) отсутствие у женщины способности к вынашиванию
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое
505. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее
а) 0.5 года
б) 1 года
в) 2.5 лет
г) 5 лет
506. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено
а) выраженным нарушением жирового обмена

- б) постоянной гипотермией тела
- в) угнетением процессов овуляции
- г) уплотнением белочной оболочки яичников

507. Причины бесплодия женщин в браке

- а) воспалительные заболевания половых органов
- б) инфантилизм и гипоплазия половых органов
- в) общие истощающие заболевания и интоксикации
- г) все перечисленные причины

508. Трубное бесплодие может быть обусловлено

- а) склеротическими изменениями в мышечной стенке маточной трубы
- б) нарушением рецепции в маточной трубе
- в) инфантилизмом
- г) всем перечисленным

509. Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается

- а) гиперсекрецией ЛГ
- б) повышением индекса ЛГ/ФСГ
- в) умеренной гиперпролактинемией
- г) всем перечисленным

510. Повышенная продукция пролактина у больных с бесплодием может быть обусловлена

- 1) развитием новообразования в гипоталамусе
- 2) развитием аденомы гипофиза
- 3) снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора
- 4) длительным приемом нейролептиков
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4

511. Методами, проведение которых помогает уточнить диагноз синдрома истощения яичников, являются

- 1) тесты функциональной диагностики
- 2) определение гонадотропных гормонов
- 3) определение половых гормонов
- 4) биопсия яичников
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные методы
- г) верно 4

512. Возможные причины эндокринного бесплодия

- 1) гипоталамо-гипофизарная недостаточность
- 2) гипоталамо-гипофизарная дисфункция
- 3) яичниковая недостаточность
- 4) гиперандрогения
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные причины
- г) верно 4

513. Наиболее частыми причинами трубного бесплодия являются

- 1) неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки
 - 2) специфические воспалительные заболевания придатков матки
 - 3) эндометриоз маточных труб
 - 4) пороки развития маточных труб
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные причины
 - г) верно 4

Эталоны ответов к тестовым заданиям:

1 - Г	2 - а	3 - б	4 -Г	5 -в	6 -Г	7 -б	8 -в	9 -Г	10 -Г
11 -Г	12 -б	13 -б	14 -б	15 -б	16 -Г	17 -а	18 -а	19 -в	20 -Г
21 - в	22 - б	23 - а	24 -а	25 -а	26 -а	27 -Г	28 -а	29 -б	30 -в
31 -в	32 -в	33 -Г	34 -а	35 -Г	36 -б	37 -Г	38 -б	39 -а	40 -в
41 -в	42 -б	43 -в	44 -Г	45 -Г	46 -Г	47 -в	48 -в	49 -а	50 -а
51 -в	52 -в	53 -в	54 -а	55 -а	56 -а	57 -в	58 -б	59 -д	60 -в
61 -б	62 -Г	63 -в	64 -в	65 -б	66 -б	67 -в	68 -Г	69 -Г	70 -а
71 -Г	72 -а	73 -а	74 -Г	75 -б	76 -Г	77 -а	78 -а	79 -б	80 -Г
81 -в	82 -Г	83 -Г	84 -Г	85 -Г	86 -Г	87 -Г	88 -Г	89 -а	90 -б
91 -а	92 -в	93 -а	94 -б	95 -а	96-в	97 -б	98 -а	99 -Г	100-а
101 -в	102 -в	103-Г	104-Г	105-б	106-б	107-Г	108-а	109-а	110-Г
111-а	112-в	113-б	114-а	115-б	116-в	117-а	118-а	119-а	120-в
121-б	122-в	123-Г	124-в	125-а	126-Г	127-а	128-Г	129-в	130-Г
131-Г	132-Г	133-Г	134-б	135-а	136-Г	137-Г	138-а	139-Г	140-в
141-в	142-а	143-а	144-Г	145-а	146-Г	147-Г	148-в	149-Г	150-а
151-Г	152-Г	153-Г	154-а	155-Г	156-а	157-в	158-Г	159-в	160-2
161-в	162-в	163-а	164-а	165-в	166-а	167-б	168-Г	169-б	170-Г
171-в	172-в	173-б	174-Г	175-Г	176-б	177-Г	178-б	179-а	180-Г
181-а	182-а	183-Г	184-б	185-б	186-б	187-Г	188-б	189-Г	190-а
191-Г	192-Г	193-Г	194-Г	195-в	196-а	197-Г	198-Г	199-Г	200-Г
201-в	202-б	203-в	204-Г	205-в	206-Г	207-а	208-в	209-б	210-в
211-Г	212-Г	213-в	214-в	215-в	216-Г	217-б	218-Г	219-Г	220-в
221-в	222-Г	223-б	224-б	225-Г	226-а	227-а	228-б	229-а	230-б
231-Г	232-Г	233-Г	234-в	235-а	236-а	237-а	238-а	239-б	240-Г
241-Г	242-Г	243-Г	244-Г	245-а	246-в	247-7	248-а	249-а	250-в
251-б	252-Г	253-Г	254-в	255-Г	256-Г	257-а	258-б	259-а	260-Г
261-Г	262-Г	263-в	264-в	265-б	266-б	267-Г	268-Г	269-Г	270-Г
271-Г	272-Г	273-Г	274-а	275-Г	276-Г	277-Г	278-в	279-Г	280-Г
281-Г	282-Г	283-Г	284-Г	285-Г	286-а	287-Г	288-Г	289-Г	290-а
291-в	292-в	293-Г	294-Г	295-а	296-б	297-а	298-Г	299-б	300-Г
301-Г	302-Г	303-Г	304-б	305-а	306-б	307-а	308-а	309-Г	310-а
311-б	312-б	313-б	314-Г	315-Г	316-а	317-в	318-Г	319-а	320-Г
321-а	322-б	323-в	324-в	325-а	326-а	327-в	328-Г	329-а	330-б
331-Г	332-а	333-Г	334-в	335-д	336-Г	337-Г	338-Г	339-Г	340-Г
341-в	342-Г	343-Г	344-б	345-б	346-Г	347-Г	348-в	349-Г	350-Г
351-б	352-Г	353-Г	354-Г	355-Г	356- Г	357-Г	358-Г	359-Г	360-б
361-а	362-б	363-Г	364-Г	365-Г	366-Г	367-Г	368-Г	369-Г	370-Г
371-Г	372-Г	373-а	374-а	375-Г	376-Г	377-Г	378-Г	379-Г	380-в
381-а	382-б	383-Г	384-Г	385-а	386-Г	387-в	388-в	389-в	390-Г
391-Г	392-Г	393-Г	394-а	395-а	396-в	397-в	398-в	399-Г	400-в
401-Г	402-Г	403-в	404-Г	405-Г	406-в	407-в	408-в	409-в	410-в
411-в	412-а	413-Г	414-в	415-в	416-в	417-в	418-а	419-в	420-в
421-в	422-в	423-Г	424-Г	425-в	426-Г	427-Г	428-Г	429-Г	430-Г
431-в	432-Г	433-Г	434-а	435-Г	436-Г	437-б	438-Г	439-Г	440-Г
441-Г	442-в	443-Г	444-а	445-Г	446-Г	447-Г	448-в	449-в	450-а
451-в	452-в	453-б	454-в	455-в	456-в	457-в	458-в	459-а	460-в
461-Г	462-а	463-б	464-Г	465-Г	466-Г	467-Г	468-Г	469-Г	470-Г
471-Г	472-Г	473-Г	474-Г	475-Г	476-Г	477-Г	478-Г	479-Г	480-в
481-а	482-в	483-а	484-а	485-а	486-а	487-б	488-в	489-Г	490-Г

491-Г	492-Г	493-а	494-а	495-а	496-В	497-Г	498-Г	499-а	500-В
501-В	502-б	503-В	504-а	505-б	506-В	507-Г	508-Г	509-Г	510-В
511-В	523-В	513-б							

2.2.2 Перечень теоретических вопросов

1. Женская консультация: структура, задачи, нормативная документация. Должностные обязанности акушерки женской консультации.
2. Акушерский стационар: структура, задачи, нормативная документация. Должностные обязанности акушерки структурных подразделений акушерского стационара.
3. Дезинфекция, правила проведения дезинфекции. Предстерилизационная обработка. Правила проведения. Контрольные пробы.
4. Стерилизация хирургического инструментария. Контроль стерилизации. Виды стерилизации и их особенности.
5. Методы борьбы с внутрибольничной инфекцией, распространённой через медицинский персонал. Правила обработки рук хирурга, подготовка и обработка операционного поля.
6. Проведение дезинфекция помещений и оборудования в медицинских учреждениях для предотвращения инфекций. Виды антисептиков. Виды уборок помещений.
7. Хирургическая инфекция. Факторы способствующие её развитию. Асептика, антисептика понятия и отличие. Основные пути передачи внутрибольничных инфекций
8. Заболевания почек. Причины, клинические проявления, диагностика. Течение, план ведения беременности. Родоразрешение. Показания для прерывания беременности.
9. Заболевания крови. Анемии. Причины, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения. Течение, план ведения беременности. Родоразрешение. Показания для прерывания беременности.
10. Сахарный диабет. Гестационный сахарный диабет. Причины, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения. Течение, план ведения беременности. Родоразрешение. Показания для прерывания беременности.
11. Трансфузиология. Инфузионная и трансфузионная терапия. Компоненты крови. Показание к трансфузии эритроцитарной массы, СЗП, криопрециптата, тромбомассы. Оформление заказа компонентов крови на СПК. Правила транспортировки и хранения.
12. Определение группы крови цоликлонами и стандартными сыворотками. Техника проведения. Интерпретация результатов. Пробы на индивидуальную и биологическую совместимость крови донора и реципиента по системе АВО. Методика проведения. Проба на индивидуальную совместимость по системе резус фактор. Методика проведения.
13. Реакции при переливании крови. Осложнения при переливании крови. Особенности переливания компонентов крови во время операции и анестезии.
14. Послеоперационный период. Мониторинг пациента. Послеоперационные раны, перевязка, уход, осложнения.
15. Обезболивание. Общее обезболивание. Виды общего обезболивания. Комбинированная и сочетанная анестезия понятие отличие примеры. Местная анестезия. Виды местной анестезии, препараты для местной анестезии. Обезболивание в акушерстве.
16. Острая хирургическая инфекция и беременность. Осложнения при острой хирургической инфекции у беременных. Лечение и профилактика. Уход за беременной женщиной с острой хирургической инфекцией. Особенности ведения беременности.
17. Острый живот у беременных. Острый аппендицит у беременных. Клиника, диагностика, принципы лечения, сроки родоразрешения.
18. Острый перитонит. Клиника, диагностика, принципы лечения. Острые хирургические заболевания и повреждения органов брюшной полости и беременность.
19. Заболевания и травмы прямой кишки. Методы исследования и подготовка больного. Операции на прямой кишке.

20. Геморрой: определение, классификация, стадии, принципы лечения. Тромбоз наружного геморроидального узла. Клиника, тактика ведения, гигиенические процедуры, принципы лечения. Трещина заднего прохода. Определение, клиника, тактика ведения и первая помощь, принципы лечения.
21. Обеззараживание и утилизация медицинских отходов.
22. Таз как объект родов. Плод как объект родов. Основные акушерские понятия: положение, предлежание, вид, позиция и членорасположение плода.
23. Определение гипертензивных расстройств. Факторы риска развития .Гестационная артериальная гипертензия. Антигипертензивная терапия Принципы и методы родоразрешения.
24. Клинические проявления преэклампсии. Клиническая классификация преэклампсии. Критерии тяжелойпреэклампсии. Антигипертензивная терапия Принципы и методы родоразрешения при преэклампсии.
25. Эклампсия. Определение. Клиническая картина приступа эклампсии. Алгоритм оказания неотложной помощи при развитии эклампсии Принципы и методы родоразрешения при эклампсии
26. Физиологические роды. Определение родов. Периоды родов. Определение. Течение I, II, III периодов родов. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
27. Физиологические роды. Ведение I, II, периодов родов. Оказание акушерского пособия.
28. Ведение третьего периода родов. Активное ведение третьего периода родов. Признаки отделения плаценты. Способы выделения плаценты. Профилактика послеродового кровотечения. Осмотр последа.
29. Уход за новорожденным в родильном зале.
30. Тазовые предлежание плода. Определение, классификация. Ведение I, II периода родов при тазовом предлежании плода. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Пособие Цовьянова I, II (при тазовых предлежаниях)
31. Неправильные положения плода. Поперечное и косое положение плода. Течение, ведение беременности и родов.
32. Разгибательные предлежания головки. Переднеголовное, лобное и лицевое. Течение, ведение беременности и родов.
33. Узкий таз: понятие, классификация. Течение и ведение беременности и родов. Особенности биомеханизма родов при различных формах узких тазов.
34. Клинически узкий таз: определение и причины. Клиническая картина Признак Вастена. Признак Цангеместера
35. Многоплодная беременность. Определение. Этиология и патогенез. Диагностика многоплодной беременности. Течение и ведение беременности и родов.
36. Материнский травматизм. Классификация. Клинические проявления. Тактика оказания помощи.
37. Разрыв матки. Определение. Классификация. Клиническая картина.оказание помощи.
38. Кровотечения в первой и второй половине беременности. Предлежание плаценты. Этиология и патогенез. Определение. Классификация. Оказание помощи на догоспитальном этапе при кровотечениях. Оказание помощи на госпитальном этапе при кровотечениях.
39. Кровотечения в первой и второй половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология и патогенез. Определение. Классификация. Оказание помощи на догоспитальном этапе при кровотечениях. Оказание помощи на госпитальном этапе при кровотечениях.
40. Определение, классификация послеродового кровотечения. Факторы риска развития послеродового кровотечения. Проблемы и ошибки при лечении послеродового кровотечения. Способы определения объема кровопотери. Пошаговая терапия послеродового кровотечения

41. Классификация акушерских операций. Операции, сохраняющие беременность.
42. Искусственное прерывание беременности. Акушерские операции подготавливающие родовые пути к родам.
43. Кровотечения в родах. Причины кровотечений в родах: родовой травматизм матери, нарушение отделения последа. Клиническая картина. Диагностика. Специализированная стационарная помощь пациентке. Кровотечения в послеродовом периоде. Причины кровотечений в послеродовом периоде. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Специализированная стационарная помощь пациентке.
44. Геморрагический шок в акушерстве и гинекологии. Определение, этиология, клиническая картина, лечение.
45. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови в акушерстве и гинекологии: этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.
46. Эмболия околоплодными водами. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Противошоковые мероприятия. Профилактика.
47. Дисточия плечиков. Причины, клиническая картина. Алгоритм оказания пособия HELPERR.
48. Неотложные состояния новорождённого. Асфиксия. Клиническая картина. Диагностика. Базовая реанимация новорождённого.
49. Неотложные состояния в гинекологии. Апоплексия яичника. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения.
50. Неотложные состояния в гинекологии. Перекрут ножки опухоли (кисты) яичника. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения.
51. Неотложные состояния в гинекологии. Нарушения питания узла миомы матки, рождающийся субмукозный узел миомы матки. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения.
52. Неотложные состояния в гинекологии. Травмы женских половых органов. Клиническая картина. Осложнения. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Неотложная доврачебная помощь. Принципы лечения.
53. Типичные особенности влияния беременности на психоэмоциональное состояние женщины. Дайте определение понятия «гестационная доминанта».
54. Варианты и отличительные особенности психологического компонента гестационной доминанты (стили переживания беременности). Влияние психологического компонента гестационной доминанты на течение беременности, родов, отношения с новорожденным.
55. Причины родовой боли. Значение физиопсихопрофилактической подготовки в обезболивании родов. Немедикаментозные методы обезболивания родов. Понятие «саморегуляция в родах», ее основные приемы.
56. Значение раннего прикладывания к груди и совместного пребывания матери и ребенка в послеродовой палате. Принципы грудного вскармливания новорожденного.

2.2.3 Ситуационные задачи для устного ответа

Ситуационная задача № 1

В родовое отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 38 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная

функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес - 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд.в мин., ритмичный. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза - 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя беспокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений. Настаивает на медикаментозном обезболивании.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные.

Задания

1. Оценить состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 1

1. Состояние роженицы удовлетворительное, что подтверждается цветом кожных покровов, АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс – 72 уд.в мин., ритмичный. Диагноз: Беременность I, 38 недель. Роды 1-ые, срочные, первый период родов. Активная фаза. Из условий задачи следует, что женщина первобеременная, имеются регулярные родовые схватки, открытие шейки, соответствующее фазе родов. Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания: $ВДМ \times ОЖ = 95 \times 35 = 3300,0$.

2. Учитывая физиологическое течение родов тактика акушерки:

- обучить женщину правильному поведению в родах (правильному дыханию, приемам расслабления) - информировать о течении родов, о том, что ей предстоит; научить методам самообезболивания, уверить в благополучном исходе родов;
- вести наблюдение за роженицей в первом периоде родов в соответствии со стандартной схемой;
- При отсутствии эффекта пригласить врача акушера, анестезиолога.

Ситуационная задача № 2

Повторнобеременная К., 23 года, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд.в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное. Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

Задания

1. Оценить состояние женщины, характер родовой деятельности, сформулировать диагноз и обосновать его.

2. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 2

1. Состояние роженицы удовлетворительное, что подтверждается данными осмотра (кожные покровы обычной окраски, АД 120/80, 115/70 мм.рт.ст., пульс 78 в минуту, ритмичный).

Диагноз: Беременность 2, роды вторые, срочные, конец I периода родов. Головное предлежание плода.

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, а именно: из условий задачи ясно, что женщина повторнородящая, с регулярными и слишком активными родовыми схватками, раскрытием шейки матки, соответствующим концу I периода родов. Головное предлежание подтверждается данными наружного и влагалищного исследования.

2. Учитывая, что женщина повторнородящая, с активной родовой деятельностью и почти полным открытием шейки матки необходимо:

- произвести амниотомию;
- выслушать сердцебиение плода;
- подготовиться к приему родов; набор белья и инструментов для родов;
- приготовить для проведения профилактики кровотечения раствор окситоцин 10 ЕД – 2,0мл
- Измерить АД;
- обучить женщину поведению во II периоде родов, с целью профилактики осложнений;
- подготовить женщину к родам.

Ситуационная задача № 3

Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, при сроке беременности 39-40 недель. Анамнез не отягощен. Менструальная функция без особенностей. Беременность 4-ая. Были срочные роды, вес ребенка 3900 г, два медаборта без осложнений. Женщина обеспокоена длительным течением родов.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 36,6° С, пульс 68 в мин, ритмичный. АД-120/70, 115/70 мм рт.ст., рост 168 см, вес 78 кг, на коже живота рубцы беременности. окружность живота 105 см, высота дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода - отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 в мин, ритмичное. Схватки через 4-5 минут, по 35-40 секунд, средней силы, болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка сглажена, открытие 6-7 см, края тонкие. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади - лобик и надбровные дуги. Мыс не достигается.

Задания

1. Оценить состояние женщины.
2. Выставить диагноз и обосновать его.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 3

1. Состояние женщины удовлетворительное, что подтверждает состояние кожных покровов, АД- 120/70, 115/70 мм.рт.ст., пульс 68 в мин, температура 36,6 С.

2. Диагноз: Беременность 2, роды 2-ые срочные, первый период родов, лицевое вставление. Отягощенный акушерский анамнез.

Из условий задачи известно, что женщина повторнобеременная, у нее регулярные схватки, открытие маточного зева 6-7см. Данные наружного исследования (отчетливая выемка между спинкой и головкой плода, сердцебиение плода выслушивается со стороны грудки плода) и данные влагалищного исследования (определяется подбородок и ротик плода, лобик и надбровные дуги плода) свидетельствуют о лицевом вставлении. Размеры плода высчитаны по формуле Жордания: $ВДМ \times ОЖ = 105 \times 38 = 3990$ г.

Ситуационная задача № 4

В родовое отделение районной больницы поступила первобеременная К., 20 лет, с регулярной родовой деятельностью. Роды начались в срок 10 часов назад. Воды не отходили. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак 1-й. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 168 см, вес 80 кг. Со стороны внутренних органов без патологии. PS-78 ударов в 1 мин., ритмичный. АД-115/75, 120/80 мм рт.ст. Кожные покровы обычной окраски. ОЖ=98 см, ВДМ=34 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в 1 мин., ритмичное. Схватки через 4-5 мин., по 35-40 сек., средней силы. Отеков нет. Мочится самостоятельно.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка сглажена, открытие зева на 8 см, края тонкие, легко растяжимы. Плодный пузырь цел, вскрыт во время исследования. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди. Мыс не достижим. Костных экзостозов в малом тазу нет.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз, его обоснование. Тактика акушерки.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 4

1. Действительные проблемы: схваткообразные боли; беспокойство.
Потенциальные проблемы: факторы риска не выделены, осложнений быть не должно при стандартных методах ведения родов.
2. Состояние женщины удовлетворительное.
Диагноз: Беременность 1, роды первые, срочные. 1 период. Головное предлежание плода. I позиция, передний вид. Амниотомия.
Обоснование диагноза: из условия задачи следует, что у женщины своевременные роды. Регулярные родовые схватки и раскрытие шейки матки соответствуют первому периоду родов. Определение стреловидного шва в правом косом размере и малого родничка слева спереди указывает на I позицию, передний вид. В родах своевременно произведена амниотомия.
Акушерке необходимо следить за развитием родовой деятельности, продвижением головки, сердцебиением плода. Готовить роженицу ко II периоду родов.

Ситуационная задача № 5

Первобеременная роженица 19 лет находится под наблюдением акушерки в предродовой палате. Родовая деятельность началась 6 часов назад. Воды не излились. Схватки в динамике через 3-4 минуты по 40 – 45 секунд умеренной силы, но роженица вдруг стала вести себя беспокойно, жаловаться на болезненность схваток, кричать, просить о помощи. Занятия по психопрофилактической подготовке к родам во время беременности не посещала. Женщина сожалеет, что с ней сейчас нет родственников.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, АД 120/80, 110/70 мм рт.ст. Пульс 74 уд.в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. ОЖ - 95, ВСДМ – 35 см. Таз 25-28-31- 21.

Роженица во время схватки кричит, прерывисто дышит. Матка между схватками расслабляется, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 удара в минуту, слева ниже пупка.

Положение плода продольное, предлежит головка плода, малым сегментом во входе в малый таз.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, шейка сглажена, края ее тонкие, раскрытие 7 см, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, плодный пузырь цел.

Задания

1. Выявить проблемы роженицы. Оценить состояние.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 5

1. Настоящие проблемы роженицы:

- боль во время схваток;
- дефицит знаний о родовом процессе и поведении в родах.

Потенциальные проблемы могут возникнуть, если женщина не справится со стрессом:

- риск возникновения гипоксии плода;
- риск родового травматизма;
- риск кровотечений в третьем и раннем послеродовом периодах.

Состояние роженицы удовлетворительное.

2. Диагноз: Беременность 1, роды I своевременные, I период родов. Головное предлежание плода.

Диагноз поставлен на основании объективного исследования. При наружном и внутреннем влагалищном исследовании над входом в малый таз находится головка плода, раскрытие шейки на 7 см - раскрытие не полное, но достаточное для амниотомии. Клинического несоответствия нет.

3. Тактика акушерки:

- должна успокоить роженицу, объяснить причины возникновения у нее родовых болей, коротко рассказать о периодах родов, о поведении роженицы, так как та заранее не была подготовлена к родам;
- должна показать роженице наружные приемы обезболивания схваток, научить правильному дыханию во время схватки;
- акушерка должна вселить уверенность в скором и благополучном родоразрешении и помочь роженице справиться со всеми трудностями;
- в случае неэффективности вышеназванных мер необходимо доложить дежурному врачу и подготовиться к выполнению его назначений.
- Подготовить необходимое для проведения влагалищного исследования и амниотомии.

Ситуационная задача № 6

В родовое отделение доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы.

В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений.

АД 120/80, мм рт.ст., пульс - 80 уд.в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки баллотирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное, ритмичное, слева выше пупка 142 уд.в минуту. Окружность живота - 96 см, высота стояния дна матки - 35 см.

Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела влагалищное исследование и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.

Задания

1. Сформулировать диагноз. Выделить основные проблемы и их причины.
2. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 6

1. Диагноз: Беременность 5, роды 3, Тазовое, чистоягодичное предлежание плода. I период. Отягощенный акушерский анамнез.

Роды в тазовом предлежании сопровождаются факторами риска для матери и плода (выпадение пуповины и мелких частей, гипоксия и травмы плода в связи с затруднением выведения ручек и другие). Роды сопровождаются выполнением различных оперативных пособий. Требуется врачебная помощь.

2. Тактика акушерки:

- вызвать дежурного акушера-гинеколога; успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов;
- учитывая высокий риск осложнений как для матери, так и для плода, необходимо уложить роженицу на правый бок и не разрешать вставать для профилактики раннего излития вод и выпадения мелких частей плода. Следить за динамикой родовой деятельности и сердцебиением плода;
- в случае отсутствия врача оказать пособие по Цовьянову 1;
- приготовить спазмолитики атропин, сокращающие средства, одноразовую систему, физиологический раствор, препараты для профилактики кровотечения.

Ситуационная задача № 7

Беременная, 25 лет, пришла к акушерке ж/к на очередную явку 3 октября. Предъявляет жалобы на периодические ноющие боли внизу живота.

Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, установились через 8 месяцев, через 30 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные 6-10 января. Беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами пять лет назад. Масса плода 3 кг 800 граммов. Вторая беременность 3 года назад – мини-аборт без осложнений. Данная беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода - 18 мая.

Объективно: женщина правильного телосложения. АД - 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. PS - 76 в мин. Размеры таза 26-29-31-20 см, И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 102 см, ВДМ - 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Схватки через 15 минут по 10-15 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту - ясное, ритмичное, ниже пупка слева.

Шейка 2 см длиной, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, плодный пузырь цел, предлежит головка.

Задания

1. Выявить проблемы беременной.
2. Оценить состояние беременной. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 7

1. Действительные проблемы:

- периодические ноющие боли;
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы (возможные осложнения): риск развития аномалии родовой деятельности.

2. Состояние беременной удовлетворительное.

Диагноз: беременность 3, 38-39 недель. Головное предлежание плода. Крупный плод? Предвестники 2 –х родов. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза: срок беременности (38-39 недель) можно определить по последним месячным и 1 шевелению плода по календарю. 1 шевеление повторнобеременная ощущает в 18 недель. Так как размеры живота (ОЖ и ВДМ) больше, чем должны быть при данном сроке, то можно предположить, что у беременной крупный плод (по формуле Жордания $3975,0г$). В пользу этого говорит анамнез: в прошлых родах был вес плода 3800,0, а масса новорожденных при последующих родах обычно увеличивается. Ноющие боли можно расценить как предвестники родов, которые в норме могут появиться за 2-3 недели до родов.

3. Акушерка должна:

- разъяснить беременной, что ноющие боли не являются признаком осложнений беременности, а свидетельствует о скором начале родов.
- рассказать о признаках готовности к родам, методах оценки и особенностях течения и ведения предвестников родов.

Ситуационная задача № 8

К., 25 лет, доставлена 12 ноября в 10 часов в родильный дом в связи с подтеканием околоплодных вод. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 12 марта. Настоящая беременность третья. Первая закончилась срочными родами без осложнений, масса ребенка 3200 г. Вторая прервана в 10 недель искусственным абортom, осложнившимся задержкой в матке остатков плодного яйца, повторным выскабливанием полости матки и развитием эндометрита. Течение настоящей беременности осложнилось угрозой самопроизвольного выкидыша при сроке 8-9 недель. В течение последних 2 недель беременная стала ощущать нерегулярные боли внизу живота и напряжение матки. 12 ноября в 5 часов утра стали подтекать светлые околоплодные воды, в связи с чем беременная доставлена в роддом.

Объективно: масса тела 78 кг, рост 165 см, отеков нет. АД - 120/80, 120/70 мм рт.ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ОЖ - 90 см, ВДМ - 33 см. Матка в тонусе, регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка ясное, ритмичное, 140 в минуту. Размеры таза: 25-29-32-20 см.

Влагалищное исследование: влагалище емкое. Шейка матки по оси таза, длиной 2,5 см, плотноватой консистенции, цервикальный канал плотный, проходим для 1 пальца. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Плодного пузыря нет. Таз емкий, мыс не достигается. Подтекают светлые околоплодные воды.

Задания

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 8

1. Проблемы:
 - беспокойство за исход родов, здоровье ребенка.
 - рождение недоношенного ребенка
 - риск повышенного травматизма матери и плода (разрыв шейки матки, разрыв матки);
 - риск внутриматочной инфекции;
 - риск кровотечения в III и раннем послеродовом периоде;
2. Состояние роженицы удовлетворительное.
Диагноз: беременность 3, 35 недель. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Безводный период 5 часов. ОАА.
Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, беременность недоношенная, так как срок родов по менструации 19 декабря. Отхождение околоплодных вод до начала родовой деятельности является преждевременным. Безводный период 5 часов.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
 - успокоить роженицу; рассказать о сложившейся ситуации преждевременном разрыве плодных оболочек, хороших адаптационных возможностях ребенка при таком сроке беременности;
 - Согласно клиническому протоколу при отсутствии признаков инфицирования и явлений хориоамнионита беременность пролонгируется
 - Госпитализация в отделение патологии беременности
 - Проведение клинико-лабораторного обследования - ОАК, СРП, мазок gn , бакпосев из влагалища
 - Начать антибактериальную терапию с целью профилактики ГСИ и профилактики неонатального сепсиса.

Ситуационная задача № 9

В родовое отделение поступила беременная С., 25 лет. Регулярные схватки начались 4 часа назад. Настоящая беременность вторая, доношенная. Первая беременность закончилась искусственным абортom при сроке 8-9 недель, в связи с кровотечением проводилось повторное выскабливание. Настоящая беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 165 см, вес 74 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 120/70, 110/60 мм рт.ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Схватки через 5 минут - по 25-30 секунд средней силы, умеренно болезненные. ОЖ - 98 см, ВДМ - 35 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, открытие 4-5 см, края мягкие. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, слева определяются надбровные дуги, справа рот и подбородок, лицевая линия в поперечном размере. Мыс не достижим.

Задания

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние роженицы, диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 9

1. Действительные проблемы:
 - схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью;
 - беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск повышенного травматизма матери и плода;
- риск возникновения аномалии родовой деятельности;
- риск развития гипоксии плода и асфиксии новорожденного;
- возможность оперативного родоразрешения;
- Кровотечение (в связи с осложненным абортom).

2. Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз: Беременность 2, I срочные роды, I период. Активная фаза. Лицевое предлежание плода. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у роженицы доношенная беременность, регулярные родовые схватки, раскрытие шейки матки соответствуют I периоду родов.

Данные влагалищного исследования характерны для лицевого предлежания плода I позиции. Предполагаемая масса плода определена по формуле Жордания: $ВДМ \times ОЖ = 33 \times 100 = 3300$ г.

Эти роды должен вести врач. Несмотря на разгибательное вставление, возможны роды через естественные родовые пути.

3. В родах вести наблюдение за роженицей и внутриутробным плодом в соответствии со стандартной схемой; после излития околоплодных вод проводится влагалищное исследование, с целью уточнения акушерской ситуации (проводит врач очень осторожно). Провести профилактику кровотечения.

Ситуационная задача № 10

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД - 120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена.

В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности I степени.

Задания

1. Выявить проблемы родильницы, их причины.
2. Оценить динамику родов, состояние женщины. Сформулировать диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 10

1. Разрывы шейки и промежности связаны с рождением плода весом 3800,0 у женщины с размерами узкого таза по наружной пельвиометрии.

Предварительно можно было оценить и массу плода, и размеры таза, применить меры профилактики.

2. Роды протекали в медленном темпе, продолжались 13 часов 30 минут, что вызвано усталостью женщины в ночное время, аномалией таза что обусловлено наличием узкого таза. Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз: беременность 1, роды первые, срочные. Поперечносуженный таз. Разрыв шейки матки 2 степени, промежности 1 степени.

3. Учитывая наличие разрывов, необходимо: вызвать врача-акушера, приготовить инструменты, шовный материал, подготовить женщину к операции, ассистировать во время зашивания, объяснить роженице как правильно вести себя после зашивания промежности и т.д.

4. Рассказать о разрывах шейки и промежности, причинах, акушерской тактике, профилактике.

Ситуационная задача № 11

1 марта 2011 г. в акушерское отделение районной больницы поступает повторнобеременная с родовыми схватками, которые начались 3 часа назад. Данная беременность 4-ая. В анамнезе нормальные роды. Два медаборта по желанию без осложнений. Диатермокоагуляция шейки по поводу псевдоэрозии. Менструальная функция, без патологии. Последняя менструация с 26 мая по 30 мая 2010 г. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Во время данной беременности осложнений не наблюдалось, посещала женскую консультацию. Заболеваний внутренних органов не выявлено. Прошла подготовку к родам.

Объективные данные: рост 164 см, вес 71 кг, АД – 120/70 – 120/75 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков не голенях нет. Таз: 25-28-31-21 см. Матка соответствует доношенной беременности (ОЖ-95 см, ВДМ-32 см). Положения плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин., схватки через 4 – 5 мин по 30 – 35 сек хорошей силы, болезненные.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей. Шейка укорочена, края зева ригидные, малоподатливые, открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Мыс не достигим.

Задания

1. Выявить проблемы женщины и оценить ее состояние.
2. Определить диагноз и обосновать его.
3. Рассказать об особенностях биомеханизма родов при данном виде предлежания.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 11

1. Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, связанные с родами;
- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, риск разрыва шейки и дискоординации родовой деятельности, травма плода.

Состояние роженицы удовлетворительное.

2. Диагноз: Беременность 4, 39 - 40 недель. Роды 2 срочные, I период. Передний вид затылочного вставления. Отягощенный акушерский анамнез.

Исходя из условий задачи, по данным последней менструации можно вычислить предполагаемый срок родов: последние месячные с 26 мая по 30 мая 2010 г. (три месяца

назад, плюс неделя), предполагаемый срок родов 4 марта 2011 г., следовательно, беременность доношенная.

Регулярные схватки в течение 3-х часов и динамика открытия шейки матки свидетельствуют о нормальном течении родов в первом периоде.

Таз нормальных размеров, предполагаемая масса плода 3000 – 3100 г (ОЖхВДМ), что говорит о соответствии размеров плода и таза матери.

3. Рассказать о биомеханизме родов при переднем виде затылочного предлежания.

Ситуационная задача № 12

Акушерка послеродового отделения наблюдает родильницу на 2 сутки после родов. Роды 1 срочные, продолжительностью 8 часов, безводный период 3 часа, кровопотеря 350 мл. В родах проводилась перинеотомия, ручное обследование полости матки и перинеоррафия. Ребенок родился массой 4100 с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Родильница позвала акушерку, жалуется на слабость, головокружение при ходьбе, сложности при уходе за ребенком, не понимает, почему ей нельзя сидеть. Лекарственные средства не назначены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура 36,5° С. Пульс 88 ударов в минуту. АД 100/ 60 ударов в минуту. Молочные железы мягкие и безболезненные. Соски без трещин. Живот мягкий безболезненный. Матка безболезненная, плотная, дно её на 1 поперечный палец ниже пупка. Лохии кровянистые умеренные без запаха. Мочится самостоятельно. Стула не было. Швы лежат хорошо.

Сегодня выходной день. Обхода врача нет. Дежурная бригада в родильном блоке.

Задания

1. Выделите проблемы родильницы – настоящие и потенциальные, причины их возникновения.
2. Наметьте пути решения проблем.
3. Перечислите, какие лекарственные средства и рекомендации рационально назначать для лечения и профилактики в такой акушерской ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 12

1. Настоящие проблемы, которые отмечает женщина – слабость, сложности при уходе за ребенком. Акушерка должна отметить умеренную тахикардию, гипотонию, бледность, что указывает на анемию, субинволюцию матки. Женщина недостаточно информирована о послеродовом периоде и поведении. В дальнейшем эти проблемы станут более выраженными и могут привести к кровотечению, эндометриту, расхождению швов, гипогалактии, недостаточному уходу за ребенком и недостаточному вскармливанию. У женщины, хотя и допустимая, но повышенная кровопотеря, которая привела к анемии и слабости. Субинволюция часто возникает вследствие перерастяжения матки крупным плодом. Проводились оперативные вмешательства, не назначено лечение и врачебное наблюдение.

2. Необходимо успокоить женщину, уложить в постель, помочь в уходе за ребенком, вызвать дежурного врача, выполнить его назначения. Необходимо рассказать женщине о послеродовом периоде, о профилактике осложнений с учетом швов на промежности.

3. В такой ситуации показано назначение антибиотиков, сокращающих средств, гемостимулирующих средств. Рассказать о режиме, диете, уходе за промежностью. Особенно отметить изменения в матке, молочных железах.

Ситуационная задача № 13

На 5 сутки после родов при снятии швов обнаружено полное расхождение швов промежности. Плотный инфильтрат с гнойным отделяемым вокруг раны.

Женщина 18 лет, посещала женскую консультацию с 30 недель нерегулярно, во время беременности выявлен кольпит, подробное обследование и санация не проведены. В родах

разрыв промежности 2 степени, зашивание разрыва. Обработка швов не проводилась. Женщина жалуется на боли в области промежности, отказывается от обработки раны, настаивает на скорейшей выписке из родильного дома.

Задания

1. Выделить проблемы родильницы.
2. Перечислите причины, способствующие расхождению швов.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 13

1. Настоящая проблема - полное расхождение швов, которое сопровождается болезненными ощущениями. При этом осложнении требуется продолжение стационарного лечения, обработка раны и повторное наложение швов. В то же время женщина от лечения отказывается. Потенциальные проблемы при неправильном лечении – сепсис, нарушение топографии промежности, опущение матки, влагалища.

2. Причинами расхождения швов являются: инфекция, особенно кольпит, нарушение трофики тканей, неправильный уход, нарушение режима, гигиены, питания, нарушение техники наложения швов, правил асептики и антисептики, проблемы с шовным материалом.

3. Успокоить женщину, объяснить ей необходимость лечения, позвать врача. Лечение гнойной раны с орошением антибактериальными растворами. Общая терапия: антибактериальные, общеукрепляющие средства, местные средства для улучшения регенерации тканей. При очищении раны – наложение вторичных швов.

Ситуационная задача № 14

К акушерке женской консультации обратилась молодая женщина 20 лет, студентка: жалуется на распирающие боли в области молочных желез. Роды были 2 недели назад, протекали без осложнений. Родила мальчика массой 3600 г. Объективно: АД – 120/80 мм рт.ст., пульс 68 в мин., температура тела – 37,2 С, кожные покровы обычной окраски. Молочные железы – равномерное умеренное нагрубание, при пальпации умеренно болезненные. Соски с трещинами. Живот мягкий, безболезненный. Матка за лобком, выделения серозные, скудные, физиологические отправления в норме. Женщина учится, днем ребенка кормят сцеженным молоком.

Задания

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.
4. Рассказать о причинах и стадиях мастита и мерах профилактики и лечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 14

Действительные проблемы:

- боли в молочной железе, трещины сосков; лактостаз,
- затруднение кормления ребенка вследствие трещин,

Потенциальные проблемы: риск развития мастита. Причины – неправильный режим кормления.

2. Состояние родильницы удовлетворительное. Диагноз: послеродовый период 14 сутки. Лактостаз. Трещины сосков. О наличии лактостаза свидетельствуют равномерное нагрубание и болезненность молочных желез, затруднение сцеживания, может быть повышена температура. Имеются трещины, и боли могут быть вызваны трещинами.

3. Акушерка должна:

Объяснить родильнице причины её состояния;

- объяснить родильнице, как правильно кормить ребенка и ухаживать за молочными железами, научить уходу за сосками и дать рекомендации по лечению трещин
 - дать рекомендации по борьбе с лактостазом: кормление, сцеживание, таблетки парацетамол.
 - напомнить родильнице о преимуществах грудного вскармливания; рекомендовать взять академический отпуск. Поставить врача в известность.
4. Рассказать о причинах и стадиях мастита, мерах профилактики.

Ситуационная задача № 15

В родильный дом доставлена первобеременная 25 лет. У женщины жалобы на резкие локальные боли в животе, была однократно рвота. В анамнезе ангина, скарлатина, хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Работает художником. Беременность протекала с патологической прибавкой веса. Повышение АД до 140/90, 150/100 и следы белка с 28 недель. При ультразвуковой диагностике выявлена фетоплацентарная недостаточность. Сейчас 36 недель беременности. От предложенной неделю назад госпитализации отказалась из-за срочной работы. Дома принимала допегит, кратность указать не может. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 94 удара в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм.рт. ст.

Матка напряжена, болезненная в области передней стенки. Части плода определяются с трудом. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, 150 ударов в минуту, ритмичное.

Задания

1. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки приемного отделения.
3. Сделать замечания по ведению беременной.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 15

1. Состояние средней тяжести, обусловленное диагнозом: Беременность 36 недель. Преэклампсия умеренной степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Дистресс плода.

На преэклампсию указывает цифры АД, наличие следов белка в моче и нарушение доплерометрии по данным УЗИ, на отслойку – внезапные постоянные локальные боли в животе, гипотония, тахикардия, страдание плода.

2. Срочно вызвать врача, сообщив диагноз, готовить женщину к срочной операции. Преждевременная отслойка плаценты возникает на фоне фетоплацентарной недостаточности, обычно в связи с преэклампсией, экстрагенитальной патологией. Часто бывает на фоне многоводия, травмы. В родах риск повышен в связи с родовой деятельностью, короткой пуповиной.

3. Необходимо было уговорить женщину к лечению в условиях стационара. Скорая помощь должна была предупредить родильный дом о поступлении больной.

Ситуационная задача № 16

Женщина 28 лет обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после задержки месячных на 4 недели. В анамнезе 2 родов без осложнений и 5 аборт, из которых 2 закончились кровотечениями и повторными выскабливаниями. Считала себя беременной и собиралась делать еще один аборт.

Объективно: кожа и слизистая бледные. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс - 92 уд/мин.

При бимануальном осмотре: шейка увеличена в размерах шарообразной формы, наружный зев смещен влево, пропускает кончик пальца, тело матки нормальных размеров, выделения из матки кровянистые, обильные, во влагалище сгустки крови.

Задания

1. Оцените состояние женщины. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Тактика акушерки.
3. Перечислите причины, которые привели к данному осложнению.
4. Перечислите возможные осложнения и меры профилактики.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 16

1. Состояние средней тяжести, обусловленное
Диагнозом: Беременность 8, 4 недели. Подозрение на шейчную беременность, на что указывает шарообразное увеличение шейки и смещение наружного зева.
2. Срочная госпитализация женщины, при усилении кровотечения показано введение инфузионных средств, гемостатические средства, физ. Р-р 0,9% - 400 мл + транексамовая кислота 1000 – 1500 мг в/в. Успокоить женщину. Вызвать СМП госпитализировать в гинекологический стационар, по телефону сообщить в приемный покой гинекологического стационара.
3. Эктопическая беременность возникла из-за повреждения матки во время абортов, кровотечение вызвано разрушением ворсинами хориона сосудов матки.
4. Возможна очень большая кровопотеря и её осложнения: геморрагический шок, нарушения свертываемости. Поэтому в стационаре применяется радикальная мера – экстирпация матки, проводится восполнение кровопотери.

Ситуационная задача № 17

В родовое отделение скорой помощью доставлена первобеременная женщина 20 лет с доношенной беременностью и схватками через 2-3 минуты, по 35-40 секунд. Фельдшером скорой помощи перед транспортировкой введена магнезия, так как АД -170/100,170/110 мм рт.ст., пульс 92 в мин., ритмичный. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 160 в мин., ритмичное, приглушено. В приемном отделении врач-интерн осмотрел женщину.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, края мягкие, податливые, открытие 6-7 см. Плодный пузырь цел, вскрыт, отошли светлые воды. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Во время влагалищного исследования у женщины появились фибриллярные подергивания мышц лица, затем развились судороги с остановкой дыхания. Приступ длился 1,5 мин.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика акушерки родового отделения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 17

1. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с состоянием, угрожающим жизни женщины. Это состояние обусловлено преэклампсией тяжелой степени – на догоспитальном этапе (данное состояние подтверждается наличием пастозности, гипертензии АД 170/110 мм рт.ст., наличием головной боли, нарушением зрения). В приемном отделении произошел приступ эклампсии - приступ судорог с потерей сознания. Состояние женщины следует расценить как тяжелое. Потенциальные проблемы: возможна смерть от удушья, кровоизлияние, тромбоз, почечная недостаточность, отслойка плаценты, сетчатки, гибель плода и другие тяжелые осложнения.
2. Целью действия акушерки является предупреждение и прекращения приступа судорог, профилактика тяжелых осложнений:
 1. Не оставлять пациентку одну.
 2. Уложить пациентку на ровную поверхность в положении на левом боку для уменьшения

риска аспирации желудочного содержимого и крови.

3. Защитить пациентку от повреждений, не удерживая её активно
4. Освободить ВДП, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть
5. Подготовить оборудование (воздуховоды, отсос, маска и мешок, кислород), дать кислород 4-6 л/мин.
6. После окончания судорог при необходимости очистить отсосом ротовую полость и гортань).
7. Мероприятия по возобновлению (поддержанию) адекватного газообмена при сохраненном спонтанном дыхании - подача увлажненной смеси (носо-лицевая маска); при развитии дыхательного апноэ после индукции тиопенталом натрия и купирования судорог – в/в введение миорелаксантов, интубация трахеи и принудительная ИВЛ мешком Амбу с подачей 100% кислорода на этапе транспортировки в операционную с последующим переводом на аппаратную ИВЛ.
8. Параллельно: катетеризация периферической вены и немедленное начало магниевой терапии: начальная доза - 4-6 г сухого вещества 25% раствора) в/в в течение 5-10 мин; если судороги повторились дополнительно 2 г (8 мл 25% раствора) в/в в течение 3-5 минут. Поддерживающая доза сульфата магния 1-2 г/ч в/в через инфузомат.
9. Дальнейшая маршрутизация по протоколу для подготовки срочному /экстренному родоразрешению.

Ситуационная задача № 18

Повторнобеременная К., 30 лет, поступила в родовое отделение с доношенной беременностью через 1 час после отхождения вод.

Соматический и гинекологический анамнезы не отягощены. Менструальная функция без особенностей. Данная беременность третья, две первые закончилась срочными родами без осложнений. В связи с отхождением вод было назначено родовозбуждение. Через час от начала введения окситоцина женщина позвала акушерку и пожаловалась на сильные боли в животе, тошноту, рвоту.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 33 см, ОЖ - 100 см. Членорасположение плода определить не удалось из-за повышенного тонуса маточной мускулатуры. Сердцебиение плода 156 в минуту, ритмичный. Схватки сильные, болезненные, носят судорожный характер, матка не расслабляется. Размеры таза 26-29-31-21 см.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, рожавшей, шейка сглажена, края тонкие, открытие 7-8 см. Во время исследования излились светлые околоплодные воды, головка большим сегментом в полости таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достигается.

Задания

1. О какой патологии идет речь? Какими данными это подтверждается?
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о видах аномалии родовой деятельности, причинах возникновения, диагностике, методах коррекции.
4. Выделить ошибки при ведении женщины.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 18

1. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с чрезмерной родовой деятельностью, тетанией матки, которая может вызвать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, внутриутробную гипоксию плода, травматизм матери. Данное состояние подтверждает повышенный тонус маточной мускулатуры, судорожный характер родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода.

2. Целью действий акушерки является предотвращение осложнений. Для этого она должна: прекратить введение окситоцина, ввести спазмолитики, уложить женщину на сторону, противоположную позиции плода (на левый бок) для ослабления родовой деятельности; вызвать врача акушера; приготовить для в/в капельного введения физиологический раствор, приступить к выполнению назначений врача.
3. Рассказать о видах аномалий родовой деятельности, причинах, диагностике, методах коррекции.
4. Ошибочным было назначение родовозбуждения и его неправильное проведение, недостаточное наблюдение за женщиной.

Ситуационная задача № 19

Беременная Ж., 28 лет, поступила с родовой деятельностью при доношенной беременности. Беременность вторая, протекала без осложнений. Первая беременность закончилась мини-абортом без осложнений. Продолжительность родов 11 час 30 мин. Лекарственные средства не вводились. Ребенок родился с оценкой 8/9 баллов. Масса плода 3900 г. Послед родился самостоятельно через 10 минут без дефектов. Через 15 минут после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения. Кровопотеря одномоментно достигла 500 мл и продолжается.

При осмотре: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Матка дряблая, дно на уровне пупка. При наружном массаже матка сократилась, но через 5 минут вновь расслабилась.

Задания

1. О какой патологии идет речь, какими данными это подтверждается?
2. Тактика акушерки в данной ситуации.
3. Рассказать о причинах кровотечений в раннем послеродовом периоде, осложнениях, методах лечения.
4. Ошибки по ведению женщины.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 19

1. Родильница нуждается в неотложной помощи в связи с кровотечением в раннем послеродовом периоде. Данное состояние вызвано гипотонией матки, что подтверждается наличием обильных кровянистых выделений из половых путей, объемом кровопотери, потерей тонуса маточной мускулатуры. Состояние родильницы следует расценить как состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд. в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., что свидетельствует о развитии геморрагического шока.

2. Целью действий акушерки является сохранение жизни женщины. Для этого необходимо как можно быстрее остановить кровотечение, способствовать восстановлению функций организма:

- вызвать врача-акушера и анестезиолога, мобилизовать на себя весь персонал, вызвать лаборанта
- произвести катетеризацию мочевого пузыря;
- ввести сокращающие матку препараты (окситоцин, миролют) (вводить сокращающие средства внутривенно, под язык, ректально);
- установить контакт с веной и начать переливание жидкости с целью восполнения ОЦК;
- периодически проводить легкий наружный массаж матки;
- проводить подсчет кровопотери;
- проводить контроль состояния, АД, Ps;
- одновременно проводить подготовку к операции ручного обследования полости матки, ассистировать врачу при операции и восполнении кровопотери.

3. Рассказать о причинах кровотечений в раннем послеродовом периоде, осложнениях, методах лечения.
4. Отсутствие профилактики у женщины из группы риска.

Ситуационная задача № 20

Беременная С., 23 года. Беременность первая, соматически здорова, наблюдается в женской консультации. Срок беременности 36 недель. В течение последней недели отмечала отеки голеней и лица. АД повышалось до 130/90. В моче следы белка. Дано направление в отделение патологии беременности роддома. В приемном отделении акушерка отказала женщине в приеме в связи с отсутствием мест, предложила прийти завтра. Женщина поступила в родильный дом через 2 дня, узнав о наличии свободного места в дородовом отделении.

При поступлении жалуется на сильную головную боль, тошноту и боли в подложечной области, мелькание «мушек» в глазах. На голенях отеки, лицо одутловатое. АД - 180/110; 200/120 мм рт.ст.

Живот мягкий, болезненный. Матка увеличена соответственно доношенной беременности. Положение плода продольное. Головка фиксирована малым сегментом на входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 132 удара в минуту. Родовой деятельности нет.

Задания

1. О какой патологии идет речь; возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 20

1. У беременной при сроке 36 недель беременности имеются симптомы, характерные для преэклампсии тяжелой степени-гипертония, протеинурия, отеки, сильная головная боль, тошнота, боли в подложечной области и нарушение зрения.

Возможны осложнения - приступ эклампсии, отслойка плаценты, отслойка сетчатки, гипоксия и асфиксия плода и др.

Беременная нуждается в оказании срочной помощи. Целью действий акушерки приемного отделения в данной ситуации является предотвращение приступа эклампсии:

Вызвать врача акушер-гинеколога, врача-анестезиолога- реаниматолога

Провести оценку тяжести общего состояния (средняя, тяжелая, ступор, кома) и тяжести

ПЭ: сознание, головная боль, судороги, АД, одышка, боли в животе

Проведение катетеризации периферической вены

Выявить наличие /отсутствия признаков отслойки плаценты

Выслушать сердцебиение плода. Выполнить УЗИ плода, КТГ

В зависимости от степени ПЭ и степени АГ:

а) гипотензивная терапия:

- *нифедипин* (коринфар) короткого действия 10-20 мг per os

- *клонидин* (клофелин) 1-2мл 0,01% раствора в/м или в/в введение в течении 3-5 мин или др. гипотензивных ЛС

б) профилактика и терапия судорожного синдрома:

- в/в введение 4 г (16 мл) 25% *сульфата магния* в течение 10-15 минут

в) подготовка к проведению мероприятий по поддержанию (восстановлению) адекватного газообмена при сохраненном спонтанном дыхании - подача увлажненной смеси (носолицевая маска);

Ситуационная задача № 21

В родовое отделение роддома поступила повторнородящая В. 30 лет, с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью. Беременность многоплодная, протекала без осложнений. Соматически здорова. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Размеры таза 25-28-30-20 см. Через 6 часов от момента поступления в родовое отделение произошли роды - родился 1 плод в переднем виде головного предлежания, женского пола с оценкой по шкале Апгар 8 баллов, массой 2500 г.

После рождения первого плода при наружном акушерском обследовании: головка 2 плода определяется слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода - слева на уровне пупка, ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

Задания

1. Оценить состояние роженицы. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Рассказать об особенностях течения и ведения родов при многоплодии.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 21

1. Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз: Многоплодная беременность. Бихориальная, биамниотическая двойня. Роды повторные, срочные. Второй период родов. Головное предлежание 1 плода. Поперечное положение 2 плода.

Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у роженицы многоплодная беременность, II период срочных родов двойней, так как произошло рождение 1-го плода в головном предлежании, переднем виде; по данным наружного акушерского исследования, второй плод располагается поперечно, I позиция, так как головка располагается слева, сердцебиение 2-го плода выслушивается слева на уровне пупка, 140 ударов в минуту.

2. Учитывая наличие данной ситуации, необходимо:

- успокоить роженицу;
- подготовить для дачи наркоза;
- подготовиться к влагалищному исследованию и провести влагалищное исследование с целью уточнения диагноза и проведения классического наружновнутреннего поворота плода на ножку с экстракцией плода за тазовый конец;
- с целью подготовки к оперативному родоразрешению и профилактики осложнений вести наблюдение за роженицей по плану ведения родов.

Ситуационная задача № 22

В родовое отделение поступила первобеременная А., 20 лет, с доношенной беременностью и начавшейся 6 часов назад родовой деятельностью. Беременность протекала без осложнений. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 120/70, 110/60 мм рт.ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 см, И.С. - 14 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 3-4 минуты по 40-45 секунд.

Положение плода продольное, головное, I позиция, передний вид, головка большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка сглажена, открытие близко к полному, края мягкие, податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка большим сегментом в плоском входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере.

Проведена амниотомия, излились околоплодные воды - светлые, в количестве 150 мл. Через 20 минут началась потужная деятельность. При прорезывании головки имеются

симптомы выпячивания промежности, цианоз, отек, побледнение, кожа в области промежности блестящая.

Задания

1. Выявить проблемы роженицы.
2. Оценить состояние роженицы.
3. Поставить диагноз, обосновать его.
4. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 22

1. Действительные проблемы:

- схваткообразные боли, обусловленные родовой деятельностью;
- беспокойство за исход родов.

Потенциальные проблемы:

- риск повышенного травматизма матери (разрыв промежности);
- риск развития внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного;
- риск возникновения осложнений в послеродовом периоде, обусловленный перинеотомией.

2. Состояние роженицы удовлетворительное.

3. Диагноз: Беременность 1, 40 недель. Роды первые, срочные, II период. Головное предлежание плода. Угроза разрыва промежности.

Из условий задачи следует, что у роженицы первая доношенная беременность, регулярная родовая деятельность (потуги). При прорезывании головки имеются симптомы выпячивания промежности, цианоз, отек, побледнение, кожа в области промежности блестящая что соответствует симптомам угрожающего разрыва промежности.

4. Учитывая наличие симптомов угрожающего разрыва промежности, необходимо:

- успокоить роженицу;
- пригласить врача;
- приготовить инструменты для перинеотомии;
- в асептических условиях на высоте потуги произвести перинеотомию;
- после окончания родов подготовить лекарственные препараты для обезболивания при проведении перинеорафии;
- подготовить инструменты для осмотра родовых путей и перинеоррафии;
- ассистировать при осмотре родовых путей и перинеоррафии.

Ситуационная задача №23

В родовое отделение районной больницы поступила роженица 32 лет, с доношенной беременностью, начавшейся 6 часов тому назад родовой деятельностью и отошедшими водами.

Беременность восьмая. Роды предстоят пятые. Последние роды 4 года назад, крупным плодом. Было 3 мед.аборта в сроках 8-10 недель. Последний мед.аборт год назад осложнился острым эндометритом, по поводу чего лечилась в гинекологическом стационаре.

Настоящая беременность прошла без осложнений. При поступлении поведение роженицы беспокойное, кричит, мечется. АД – 130/90; 120/80 мм рт.ст., пульс-100 в мин., кожные покровы гиперемированы, схватки через 1,5–2 мин. по 50–60 сек., резко болезненные. Вне схватки отмечается гипертонус нижнего сегмента, пальпация его болезненна. Контракционное кольцо резко выражено, расположено высоко, косо. ОЖ – 104 см, ВДМ – 42 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата по входу в малый таз. Сердце биение плода 110 в мин., приглушено, ритмичное. Размеры таза 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева – 16 см. Признак Вастена ровень.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, рожавшей, шейка сглажена, края отечны, плотные, открытие маточного зева 9 – 10 см. Плодного пузыря нет. Предлежит

головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс не достижим. Подтекают зеленоватые воды.

Задания

1. Определить диагноз и обосновать его, отметить возможные осложнения.
2. Рассказать о причинах данной патологии, ее видах, методах родоразрешения.
3. Рассказать о задачах акушерки родильного отделения в периперативной практике при операции кесарева сечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 23

1. Можно предположить, что у роженицы:

Диагноз: Беременность 8, 40 недель. Роды 5 срочные. Конец I периода родов. ОАГА. Головное предлежание плода. Крупный плод. Раннее излитие околоплодных вод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки Хронический дистресс плода

Обоснование диагноза: из условия задачи следует, что женщина – много рожавшая, в анамнезе 3 мед.аборта, эндометрит, т.е. имеются морфологические изменения в стенке матки, поэтому она относится к группе риска по акушерскому травматизму. У нее активная родовая деятельность, почти полное открытие, что соответствует концу I периода родов.

Размеры ОЖ и ВДМ больше, чем должны быть при доношенной беременности, что свидетельствует о крупном плоде. Массу плода можно определить по формуле: $OЖ \times ВДМ = 104 \times 42 = 4360$ г. Имеются симптомы угрозы разрыва матки: резко болезненные схватки, гипертонус и болезненность нижнего сегмента вне схватки, высокое стояние контракционного кольца. Отсутствие продвижения головки, признак Вастена вровень являются симптомами клинически узкого таза.

Урежение сердцебиения плода, приглушенность токов, изменение цвета околоплодных вод свидетельствуют об хроническом дистрессе плода.

В данной ситуации возможны осложнения: разрыв матки, кровотечение, развитие травматического и геморрагического шока, внутриутробная гибель плода.

3. Женщина нуждается в неотложной помощи в связи с угрозой разрыва матки.

Целью действий акушерки в данной ситуации – не допустить разрыва матки.

Акушерка должна:

- вызвать врача и операционную бригаду для оперативного родоразрешения;
- успокоить роженицу,
- следить за общим состоянием роженицы: контроль АД, пульса, дыхания, сознания.
- Постоянный ФКТГ контроль за состоянием плода
- Приготовить все необходимое для инфузионной терапии;
- Подать роженицу в операционную

Ситуационная задача № 24

На ФАП к акушерке обратилась женщина 50 лет с жалобами на бессонницу, «приливы» жара, повторяющиеся несколько раз в день, плохое самочувствие, боль за грудиной, плаксивость, головную боль. Анамнез: месячные с 12 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3-4 дня, безболезненные, умеренные. Цикл был регулярным до 49 лет, в течение последнего года отмечаются нарушения полового цикла в виде нерегулярных месячных. Родов - 2, мед.абORTов - 2, без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 36,8 С, АД - 130/80, пульс 78 уд./мин., ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, функции почек без особенностей, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, физиологические отправления в норме.

Бимануальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, влагалище рожавшей женщины, матка в антеверзиофлексию, не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются, своды свободны.

Задания

1. Оценить состояние больной.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Определить тактику акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 24

1. Состояние больной расценивается как удовлетворительное.
 2. Диагноз: Климактерический синдром средней степени тяжести.
Диагноз устанавливается на основании следующих клинических симптомов:
 - приступы «приливов» жара;
 - приступы болей за грудиной по типу стенокардии;
 - головные боли;
 - бессонница.
 3. Тактика акушерки:
 - провести с женщиной беседу, объяснить причины ухудшения самочувствия, внушить уверенность выздоровления;
 - рекомендовать диету, рациональный гигиенический режим, витамины с микроэлементами, лечебную физкультуру, фитотерапию, гомеопатические препараты;
 - направить на консультацию к врачу-гинекологу для подтверждения диагноза и назначения лечения.
- Тактика лечения:
- седативные;
 - спазмолитики;
 - витаминотерапия;
 - гормонотерапия

Ситуационная задача № 25

К акушерке ФАПа обратилась женщина 23-х лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, усиливающиеся кровянистые выделения со сгустками. Неделю назад был искусственный аборт. Выписана на следующий день. Кровянистые выделения в течение недели. Общее состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 62 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации. На подкладной кровянистые со сгустками выделения.

Задания

1. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Оценить состояние женщины.
3. Тактика акушерки.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 25

1. Диагноз: Неполный медицинский аборт.
2. Состояние удовлетворительное.
3. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение, в/в вливание физиологического р-ра.
Следить за пульсом, АД, t°, оценить кровопотерю.
Утеротоническая терапия (окситоцин, миролют), гемостатическая терапия (транексам).
В стационаре подготовка для аспирации полости матки.

Ситуационная задача № 26

К акушерке ФАП обратилась родильница 23 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды первые, своевременные, осложнились дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов, в удовлетворительном состоянии. Заболела вчера, дома у родильницы к вечеру поднялась температура тела до 38,3° С, был озноб, обильное потоотделение, беспокоит слабость, ночь спала плохо. К утру появились боли внизу живота, усилились кровянистые выделения из влагалища с неприятным запахом. В связи с повышением температуры ночью приняла аспирин 0,5 и таблетку анальгина. При осмотре: температура 38,8° С. Кожные покровы бледные. Зев не гиперимирован. Молочные железы безболезненные, трещин на сосках нет. Лактация достаточная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца без особенностей. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочится свободно. Живот при пальпации мягкий, отмечается болезненность в нижних отделах, больше над лоном. Дно матки пальпируется на 4 см выше лона, симптомов раздражения брюшины нет. Лохии кровянисто-гнойные с неприятным запахом.

Задания

1. Диагноз, возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи с обоснованием каждого этапа.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 26

1. Диагноз: Послеродовой период. Острый метроэндометрит. Поставлен на основании анамнеза, истории настоящего заболевания и данных объективного исследования. Можно предположить наличие у родильницы послеродового осложнения (а именно послеродового метроэндометрита), о чем говорит начало заболевания на 5-6 сутки послеродового периода с характерными симптомами: повышение температуры, озноб, обильное потоотделение, боли внизу живота, лохии кровянистые с неприятным запахом, симптомы интоксикации - слабость, головная боль, плохой сон, наличие субинволюции матки и болезненность ее при пальпации.

Осложненное течение родов дородовым излитием вод и первичной слабостью подтверждает вторичность развития в послеродовом периоде метроэндометрита.

Послеродовой метроэндометрит – тяжелое послеродовое осложнение вызвано попаданием инфекции в род.пути, которое без интенсивной своевременной клинической терапии может привести к дальнейшему распространению инфекции, довести до развития сепсиса.

2. Целью действий акушерки в данной ситуации является не допустить ухудшения состояния родильницы и предупредить дальнейшее распространение инфекции. Для этого необходимо госпитализировать родильницу в гинекологическое отделение для проведения комплексной интенсивной терапии.

До госпитализации акушерка обязана:

- успокоить родильницу и ее родственников;
- помочь решить вопрос вскармливания ребенка;
- бережно транспортировать родильницу в гинекологическое отделение ЦРБ;

В стационаре:

Клинико лабораторное обследование - ОАК, БАК, СРП, ОАМ, мазок gn, бак.посев из влагалища.

УЗИ органов малого таза

Дезинтоксикационная, антибактериальная, утеротоническая, метаболическая, противовоспалительная и жаропонижающая терапия.

После стабилизации состояния – вакуум - аспирация полости матки.

Ситуационная задача № 27

На ФАП к акушерке обратилась женщина 57 лет с указанием на кровянистые выделения из половых путей в течение месяца. Менструаций нет 5 лет. Половой жизнью не живет. Родов – 4. Абортов – 6. Не показывалась врачу более 10 лет. Объективно: кожа и слизистая бледноваты. Пульс 72 уд./мин., ритмичный. АД 110/70. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки изменена в виде «цветной капусты», кровотокающую при дотрагивании.

Задания

1. Поставить диагноз, обосновать его.
2. Тактика акушерки, доврачебная помощь.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 27

1. Диагноз: рак шейки матки. Экзофитная форма.
2. Женщину срочно нужно отправить к онкогинекологу. В случае усиления кровотечения во время осмотра возможна тугая тампонада влагалища и госпитализация в стационар.

Ситуационная задача № 28

Больная С., 42 года обратилась к акушерке ФАП с жалобами на постоянные ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, обильные месячные. Наследственность не отягощена. Менструация с 14 лет, без особенностей. Последние нормальные месячные – год назад. Половая жизнь с 20 лет, брак первый. Роды – 1, Абортов – 3, без осложнений. 2 года назад была диагностирована миома матки размерами с 8-недельную беременность. В течение последнего года появились ноющие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, менструации стали обильными и продолжительными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в мин. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. При пальпации живота обнаружено бугристое плотное образование, исходящее из органов малого таза, безболезненное, верхний полюс его располагается на 2 поперечных пальца ниже пупка. Данные осмотра в зеркалах: шейка и стенки влагалища чистые. Бимануальное исследование: влагалище рожавшей, шейка цилиндрическая. Тело матки плотное, бугристое, ограничено в подвижности, соответствует 18-ти недельной беременности, безболезненное. Придатки пальпировать не удается. Своды глубокие. Выделения слизисто-кровянистые.

Задания

1. Оценить состояние женщины.
2. Определить диагноз и обосновать его.
3. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 28

1. Состояние женщины удовлетворительное.
2. Диагноз: Множественная симптомная миома матки больших размеров.
Диагноз поставлен на основании:
 - жалоб больной на обильные месячные и учащенное мочеиспускание;
 - анамнестических данных: два года назад при очередном осмотре гинеколога была диагностирована миома матки;
 - при исследовании живота обнаружено бугристое образование, плотное, исходящее из органов малого таза;
 - данных бимануального исследования: увеличение матки до 18 недель, матка плотная, бугристая.

3. Тактика акушерки:
- провести беседу с женщиной о необходимости срочного лечения;
 - успокоить больную, вселить уверенность в благополучный исход при своевременном лечении;
 - взять на диспансерный учет;
 - направить к гинекологу для подтверждения диагноза и решения вопроса об оперативном лечении в плановом порядке, учитывая быстрый рост опухоли и большие размеры.

Ситуационная задача № 29

У женщины 22 лет на 3-ий день после введения ВМС появились боли внизу живота, слабость, повышение t° до 38° С, в связи с чем обратилась к акушерке ФАПа.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 90 уд./мин., АД 120/70, живот безболезненный.

В зеркалах: выделения темно-кровянистые с запахом, из цервикального канала свисает контрольная нить ВМС.

При бимануальном исследовании: матка нормальной величины, подвижна, болезненна при смещении, придатки не увеличены, безболезненны, своды свободны.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Поставить диагноз.
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика акушерки, доврачебная помощь.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 29

1. Настоящие проблемы: повышение t° , признаки воспаления, боли. Потенциальные проблемы: септические осложнения.
2. Диагноз: эндометрит на фоне ВМС.
3. Состояние пациентки удовлетворительное.
4. Нуждается в госпитализации в гинекологическое отделение. Доврачебная помощь – жаропонижающая терапия. Предстоит антибактериальная терапия. Решение вопроса об удалении ВМС – компетенция врача.

Ситуационная задача № 30

Акушерка ФАПа была вызван на дом к пациентке 28 лет, предъявляющей жалобы на резкие боли в животе, возникшие внезапно по время физической работы 1 час тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту, головокружение.

Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация была в срок. Беременной себя не считает. Родов – 2 (без осложнений), один медицинский аборт, в анамнезе хронический двусторонний аднексит.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 94 уд. в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина-Блумберга положительный.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Диагноз. Чем подтвердите Ваше предположение?
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 30

1. Приоритетные проблемы:

- резкая, сильная боль в животе;
- тошнота, однократная рвота;
- сухость во рту.
- головокружение

Потенциальные проблемы:

- риск развития перитонита;
- угроза жизни;
- внутреннее кровотечение;
- оперативное вмешательство.

2. Диагноз: Апоплексия яичника. Внутрибрюшное кровотечение.

Обоснование. Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования: острое начало заболевания; резкая сильная боль в животе, которая возникла после физического напряжения; симптом Щеткина-Блюмберга положительный; напряжение мышц брюшного пресса; вздутие живота, неучастие его в акте дыхания; однократная рвота, сухость во рту, головокружение, бледность кожных покровов, холодный пот, снижение АД и учащение пульса.

3. Состояние пациентки средней степени тяжести.

4. Тактика акушерки в данной ситуации: учитывая тяжесть состояния пациентки и угрозу жизни, необходимо срочно бережно транспортировать на носилках в ближайшую больницу для оказания квалифицированной хирургической помощи.

Ситуационная задача № 31

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 30 лет с жалобами на сильные боли внизу живота справа, иррадиирующие в прямую кишку, промежность. Заболела внезапно 2 часа назад, когда почувствовала резкую боль в правой подвздошной области, появилась слабость, холодный пот.

Последняя нормальная менструация была 1,5 месяца назад. В анамнезе жизни одни срочные роды, 2 медаборта без осложнений. Состоит на учёте у гинеколога по поводу двухстороннего хронического сальпингоофорита, неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд.в мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки - напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика акушерки в данной ситуации, доврачебная помощь.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 31

1. Приоритетные проблемы:

- резкая боль в правой подвздошной области;
- слабость;
- холодный пот;

Потенциальные проблемы:

- кровопотеря;
- геморрагический шок;

- гибель женщины.
2. Диагноз: Прервавшаяся трубная беременность справа. Внутрибрюшное кровотечение. Обоснование диагноза: можно думать о прервавшейся внематочной беременности. Это предположение основано на данных анамнеза (задержка менструации на 1,5 месяца, наличие предположительных признаков беременности, хронического двустороннего аднексита), данных объективного исследования (положительный симптом Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц передней брюшной стенки, низкое давление, частый слабый пульс, наличие свободной жидкости (кровь) в брюшной полости, острое начало заболевания, иррадиация болей в прямую кишку).
3. Состояние пациентки средней степени тяжести.
4. Тактика акушерки в данной ситуации:

Оказание помощи на догоспитальном этапе.

1. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
2. Уточнить аллергологический анамнез
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
5. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
6. Вызвать МСП и госпитализация в стационар
7. Сообщить в приемное отделение акушерско-гинекологического стационара.

Оказание помощи на госпитальном этапе.

1. При получении телефонограммы сообщить врачу о пациентке
2. Если телефонограммы не было и поступила пациентка с жалобами на кровотечение вызвать врача
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
5. Уточнить аллергологический анамнез
6. Вызвать лаборанта для взятия общего анализа крови. Забор мочи, крови на исследование (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор).
7. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
8. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
9. УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
10. Оформление медицинской документации для госпитализации в стационар
11. В зависимости от акушерско-гинекологической ситуации дальнейшее оказание помощи.

Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

Ситуационная задача № 32

Акушерка ФАПа была вызвана на дом к пациентке 40 лет. Предъявляет жалобы на резкие сильные боли в животе, возникшие внезапно по время работы в саду 2 часа тому назад, тошноту, однократную рвоту, сухость во рту.

Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Родов – 2 (без осложнений), аборт – 1 (медицинский), в анамнезе хронический двусторонний аднексит. Полгода назад на профосмотре обнаружена киста правого яичника. От предложенной в то время операции отказалась по семейным обстоятельствам.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд.в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Диагноз, его обоснование.
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 32

Приоритетные проблемы:

- резкая, сильная боль в животе;
- тошнота, однократная рвота;
- сухость во рту.

Потенциальные проблемы:

- риск развития перитонита;
- угроза жизни;
- внутреннее кровотечение;
- оперативное вмешательство.

2. Диагноз: Разрыв кисты яичника. Внутрибрюшное кровотечение.

Обоснование. Диагноз подтверждают клинические симптомы и данные объективного исследования: острое начало заболевания; резкая сильная боль в животе, которая возникла после физического напряжения (работа в саду); симптом Щеткина-Блюмберга положительный; напряжение мышц брюшного пресса; вздутие живота, неучастие его в акте дыхания; однократная рвота, сухость во рту.

3. Состояние пациентки средней степени тяжести.

4. Тактика акушерки в данной ситуации:

Оказание помощи на догоспитальном этапе.

1. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
2. Уточнить аллергологический анамнез
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
5. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
6. Вызвать МСП и госпитализация в стационар
7. Сообщить в приемное отделение акушерско-гинекологического стационара.

Оказание помощи на госпитальном этапе.

1. При получении телефонограммы сообщить врачу о пациентке
2. Если телефонограммы не было и поступила пациентка с жалобами на кровотечение вызвать врача
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
5. Уточнить аллергологический анамнез
6. Вызвать лаборанта для взятия общего анализа крови. Забор мочи, крови на исследование (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор).
7. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
8. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
9. УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
10. Оформление медицинской документации для госпитализации в стационар
11. В зависимости от акушерско-гинекологической ситуации дальнейшее оказание помощи.
12. Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

Ситуационная задача № 33

Акушерка ФАПа вызвана на дом к пациентке 36 лет, предъявлявшей жалобы на боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в прямую кишку, промежность. Заболела внезапно 1 час назад, когда почувствовала резкую боль слева в подвздошной области, появилась слабость, холодный пот, была кратковременная потеря сознания. Менструальная функция без особенностей. Последняя нормальная менструация 1,5 месяца назад. Считала себя беременной, собиралась обратиться к врачу для прерывания беременности. В анамнезе 2 нормальных родов, 2 медицинских аборта. В течение 10 последних лет страдает хроническим двусторонним аднекситом, по поводу которого неоднократно лечилась в стационаре.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 104 уд. в мин., слабого наполнения. При пальпации передней брюшной стенки - напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Задания

1. Выявить проблемы женщины.
2. Сформулировать и обосновать диагноз.
3. Оценить состояние пациентки.
4. Тактика акушерки в данной ситуации

Эталон ответа к ситуационной задаче № 33

Приоритетные проблемы:

- резкая боль в подвздошной области;
- слабость;
- холодный пот;
- кратковременная потеря сознания.

2. Потенциальные проблемы:

- нежеланная беременность;
- кровопотеря;
- геморрагический шок;
- гибель женщины.

2. Диагноз: Прервавшаяся трубная беременность слева. Внутрибрюшное кровотечение.

Обоснование диагноза: можно думать о прервавшейся внематочной беременности. Это предположение основано на данных анамнеза (задержка менструации на 1,5 месяца, наличие предположительных признаков беременности, хронического двустороннего аднексита), данных объективного исследования (боли внизу живота, больше слева, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц передней брюшной стенки, низкое давление, частый слабый пульс, наличие свободной жидкости (кровь) в брюшной полости, острое начало заболевания, иррадиация болей в прямую кишку и кратковременная потеря сознания).

3. Состояние пациентки средней степени тяжести.

4. Тактика акушерки в данной ситуации:

Оказание помощи на догоспитальном этапе.

1. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
2. Уточнить аллергологический анамнез
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
5. Введение транексамовой кислоты из расчета 10 – 15 мг / кг массы тела
6. Вызвать МСП и госпитализация в стационар
7. Сообщить в приемное отделение акушерско-гинекологического стационара.

Оказание помощи на госпитальном этапе.

1. При получении телефонограммы сообщить врачу о пациентке
2. Если телефонограммы не было и, поступила пациентка с жалобами на кровотечение вызвать врача.
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
5. Уточнить аллергологический анамнез
6. Вызвать лаборанта для взятия общего анализа крови. Забор мочи, крови на исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор).
7. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
8. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
9. УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
10. Оформление медицинской документации для госпитализации в стационар
11. В зависимости от акушерско-гинекологической ситуации дальнейшее оказание помощи.
12. Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

Ситуационная задача № 34

Роженица С., 41 год, доставлена в родовое отделение ЦРБ 9 октября в 1 ч. 45 мин. Беременность пятая, роды четвертые. Консультацию не посещала. Роды начались дома 8 октября в 17 часов. В 20 часов отошли воды, и появились сильные потуги. В 22 часа схватки и потуги внезапно прекратились, появились резкие боли внизу живота, по поводу чего была вызвана скорая помощь, и роженица доставлена в ЦРБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Роженица заторможена. АД – 90/60; 80/50 мм рт. ст., пульс 110 вмин, удовлетворительных качеств, кожные покровы бледные, холодный липкий пот, температура тела 37°C.

Родовой деятельности нет, движения плода не ощущается. Размеры таза: 23-26-29-19 см. Индекс Соловьева – 16 см. Живот вздут, резко болезнен. Контуры матки не ясны. Под брюшной стенкой определяются спинка и мелкие части плода. Головка плода м/сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделения кровянистые, умеренные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое. Открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе в малый таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достижим. Выделения кровянистые.

Задания

1. О какой патологии идет речь, возможные осложнения в данной ситуации.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Рассказать о возможных осложнениях при данной патологии и методах лечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 34

Роженица нуждается в неотложной помощи в связи с подозрением на внутрибрюшное кровотечение и признаки геморрагического и травматического шока (бледные кожные покровы, гипотония, тахикардия, заторможенность сознания). Данное состояние вызвано свершившимся разрывом матки во II периоде родов, о чем говорит внезапное исчезновение схваток и потуг на фоне активной родовой деятельности у многорожавшей, резкие боли в животе, пальпация частей плода под брюшной стенкой, кровянистые выделения. Разрыв матки произошел из-за перерастяжения стенки матки и, возможно, клинически узкого таза, о

чем говорят анатомически узкий таз – общеравномерносуженный I ст. и отсутствие продвижения головки при полном открытии шейки матки. Отсутствие движения и сердцебиения плода говорят о внутриутробной гибели плода.

Оказание помощи на догоспитальном этапе.

1. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
2. Уточнить аллергологический анамнез
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
5. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
6. Вызвать МСП и госпитализация в стационар
7. Сообщить в приемное отделение акушерско-гинекологического стационара.

Оказание помощи на госпитальном этапе.

1. При получении телефонограммы сообщить врачу о пациентке
2. Если телефонограммы не было и поступила пациентка с жалобами на кровотечение вызвать врача
3. Оценить степень гемодинамических нарушений.
4. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
5. Уточнить аллергологический анамнез
6. Вызвать лаборанта для взятия общего анализа крови. Забор мочи, крови на исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор).
7. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл
8. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
9. УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
10. Оформление медицинской документации для госпитализации в стационар
11. В зависимости от акушерско-гинекологической ситуации дальнейшее оказание помощи.
12. Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

Ситуационная задача № 35

В родовое отделение ЦРБ поступила повторнородящая С. 29 лет, с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью. В анамнезе 2 медицинских аборта.

I – II период родов протекали без осложнений. Родоразрешилась живым доношенным плодом женского пола, весом 4000 г. Послед отделился и выделился самостоятельно, со всеми дольками и оболочками.

Через 10 минут после рождения последа началось обильное кровотечение. Общее состояние удовлетворительное, АД – 120/70, 110/70 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Сократительная способность матки снижена. Матка дряблая, контуры расплывчатые. Кровопотеря 450 г и продолжается.

Задания

1. О какой патологии идет речь?
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Рассказать о причинах данной патологии и методах лечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 35

1. В данной ситуации имеются симптомы гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, которое возникло на фоне отягощенного акушерского анамнеза и родов крупным плодом.

2. Целью действий акушерки в данной ситуации является сохранение жизни родильницы. Для этого она должна начать оказание неотложной помощи, а именно:

Пошаговая терапия послеродового кровотечения

Все делается одновременно

1. Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, **позвать на помощь** опытного акушера - гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога - реаниматолога, лаборанта)
2. Постоянная оценка и регистрация объема кровопотери
3. Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания, сатурация, сознание)
4. Пунктирование и катетеризация периферической вены - если еще не пунктирована (катетером № 14 - 16G) для начала инфузии кристаллоидов в соотношении 3 : 1 к объему кровопотери (предпочтительно Рингера Лактат) и утеротоников (Окситоцин 10 ЕД/ 500 мл физиологического раствора - струйно, следующую аналогичную дозу капать со скоростью 250 мл/ч или титровать окситоцин с учетом тонуса матки, максимальная безопасная суточная доза 80 ЕД)
5. Наружный массаж матки
6. Катетеризация мочевого пузыря - мочевой пузырь должен быть пустым, постоянное измерение количества мочи
7. Ингаляция O₂ (≥ 10 л/мин), чтобы сатурация была $> 95\%$
8. Пунктирование и катетеризация второй периферической вены (катетером № 14 - 16G)
9. Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие)
10. Взятие крови для анализа - общий анализ крови (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания), коагулограмма, кровь на совместимость
11. Установить причину
 - исследовать матку (тонус, ткань)
 - осмотреть родовые пути (травма)
12. Заказать кровь и компоненты для массивного переливания ЭМ, СЗП и тромбоцитарной массы, криопреципитата. Гемотрансфузия и плазмотрансфузия
13. Транспортировка в операционную
14. Проведение лапаротомии (поэтапный хирургический гемостаз)
 - Повторить инъекцию Окситоцина 10 ЕД в матку.
 - Наложить хирургические компрессионные швы: возможно по методике Б - Линча (B - Lynch), Перейра.
 - Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и яичниковые артерии с обеих сторон) - максимальная деваскуляризация сосудов таза
 - Перевязка внутренних подвздошных артерий
 - Проведение тотальной или субтотальной гистерэктомии
15. После стабилизации - усиленное послеродовое наблюдение в отделении интенсивной терапии

Ситуационная задача № 36

В роддом поступила повторнородящая с регулярной родовой деятельностью, доношенной беременностью.

Из анамнеза выяснено: первая беременность 7 лет назад закончилась в 7 недель без осложнений, вторая беременность 4 года назад – срочными родами без осложнений, родила девочку с массой 4000 г.

Схватки носили нарастающий характер. Продолжительность I периода родов 8 часов, после отхождения околоплодных вод начались потуги, через 30 мин родоразрешилась живой доношенной девочкой, массой 3800 г. Через 10 мин началось кровотечение из влагалища в умеренном количестве. Признаков отделения плаценты нет. Общее состояние

удовлетворительное. АД 110/70 мм рт.ст. пульс 88 в минуту, ритмичный. Кровопотеря 250 г, продолжается кровотечение.

Задания

1. О какой патологии идет речь.
2. Составить алгоритм оказания доврачебной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Рассказать о причинах данной патологии и методах профилактики и лечения.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 36

В данной ситуации имеется кровотечение в последовом периоде. Кровотечение связано с частичным плотным прикреплением плаценты, которое возможно на фоне отягощенного акушерского анамнеза (мед.аборт, первые роды крупным плодом). Состояние женщины удовлетворительное.

Целью действий акушерки в данной ситуации является сохранение жизни родильницы и борьба с начавшимся кровотечением, а именно:

Все делается одновременно

1. Мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, **позвать на помощь** опытного акушера - гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога - реаниматолога, лаборанта)
2. Постоянная оценка и регистрация объема кровопотери
3. Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания, сатурация, сознание)
4. Пункцирование и катетеризация периферической вены - если еще не пунктирована (катетером № 14 - 16G) для начала инфузии кристаллоидов в соотношении 3 : 1 к объему кровопотери (предпочтительно Рингера Лактат) и утеротоников (Окситоцин 10 ЕД/ 500 мл физиологического раствора - струйно, следующую аналогичную дозу капать со скоростью 250 мл/ч или титровать окситоцин с учетом тонуса матки, максимальная безопасная суточная доза 80 ЕД)
5. Наружный массаж матки, ручное отделение плаценты и выделение последа.
6. Катетеризация мочевого пузыря - мочевой пузырь должен быть пустым, постоянное измерение количества мочи
7. Ингаляция O₂ (≥ 10 л/мин), чтобы сатурация была $> 95\%$
8. Пункцирование и катетеризация второй периферической вены (катетером № 14 - 16G)
9. Согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие)
10. Взятие крови для анализа - общий анализ крови (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания), коагулограмма, кровь на совместимость
11. Установить причину
12. исследовать матку (тонус, ткань)
13. осмотреть родовые пути (травма)
14. Заказать кровь и компоненты для массивного переливания ЭМ, СЗП и тромбоцитарной массы, криопреципитата. Гемотрансфузия и плазмотрансфузия
15. Транспортировка в операционную
16. Проведение лапаротомии (поэтапный хирургический гемостаз)
17. Повторить инъекцию Окситоцина 10 ЕД в матку.
18. Наложить хирургические компрессионные швы: возможно по методике Б - Линча (B - Lynch), Перейра.
19. Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и яичниковые артерии с обеих сторон) - максимальная деваскуляризация сосудов таза
20. Перевязка внутренних подвздошных артерий
21. Проведение тотальной или субтотальной гистерэктомии
22. После стабилизации - усиленное послеродовое наблюдение в отделении интенсивной терапии

Ситуационная задача № 37

В родовое отделение ЦРБ 5 мая доставлена беременная Б. 28 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, без родовой деятельности. Менструации с 13 лет, по 4–5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. В течение последнего года, после аборта, стали обильными, болезненными. Последняя менструация 10 августа.

Брак 1-й, данная беременность четвертая, последняя беременность закончилась 6 месяцев назад срочными родами без осложнений, 1-я и 2-я беременности – мед.аборты, последний 1,5 года назад, с повторным выскабливанием полости матки. Настоящая беременность протекала без осложнений, 1-е шевеление плода – 14 декабря. 5 мая в 6 часов внезапно появились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря составила около 100 мл, по поводу чего беременная была доставлена в роддом. При поступлении кожные покровы и видимые слизистые несколько бледные, пульс 84 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/70, 110/60 мм.рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка легко возбудима, безболезненная, ОЖ – 94 см, ВДМ – 36 см. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, высоко, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, слева ниже пупка, ритмичное, несколько приглушено. Выслушиванию сердцебиения плода мешает интенсивный шум маточных сосудов в нижнем отделении матки, больше слева. В момент осмотра кровянистых выделений нет. При осмотре в зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка сформирована, цианотичная, чистая, из цервикального канала незначительные кровянистые выделения.

Задания

1. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Тактика акушерки в данной ситуации. Прогноз на роды.
3. Перечислить причины возникновения данной патологии, методы диагностики, акушерская тактика.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 37

1. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: беременность 37–38 недель. Подозрение на предлежание плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Обоснование диагноза: исходя из условий задачи, срок беременности по последней менструации – 38 недель, по 1-му шевелению плода – 37 недель, чему соответствует ОЖ и ВДМ. Появление кровянистых выделений из половых путей во второй половине беременности на фоне полного здоровья, отсутствие болей в животе, высокое стояние предлежащей части плода, выслушивание шума маточных сосудов в нижних отделах матки, отягощенный акушерский анамнез абортами с повторным выскабливанием позволяют предположить наличие предлежания плаценты. При осмотре половых органов с помощью зеркал исключены другие кровотечения.

3. Учитывая подозрение на предлежание плаценты, имеющуюся кровопотерю около 100 мл, необходимо:

1. При получении телефонограммы сообщить врачу о пациентке
2. Если телефонограммы не было и поступила пациентка с жалобами на кровотечение вызвать врача
3. Оценить степень гемодинамических нарушений беременной и в/у плода.
4. Установить внутривенный доступ - периферический венозный катетер
5. Уточнить аллергологический анамнез
6. Вызвать лаборанта для взятия общего анализа крови. Забор мочи, крови на исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, кровь на группу и резус-фактор).
7. Начать внутривенное введение раствора натрия хлорида 0,9%- 400,0 мл

8. Введение транексамовой кислоты из расчёта 10 – 15 мг / кг массы тела
9. УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
10. Оформление медицинской документации для госпитализации в стационар
11. В зависимости от акушерско-гинекологической ситуации дальнейшее оказание помощи.
12. Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

Ситуационная задача № 38

В родовое отделение из отделения патологии беременности переведена первобеременная А., 25 лет, с начавшейся 2 часа назад родовой деятельностью. Из анамнеза: наследственность не отягощена, перенесенные заболевания: корь, грипп, частые ангины, ревматизм. 7 лет назад диагностирован митральный порок сердца. Нарушений кровообращения не было. Менструальная функция без особенностей. Брак первый, гинекологические заболевания отрицает. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений. За 2 недели до родов была госпитализирована в ОПБ с диагнозом: беременность 38 недель. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана, направления в стационар для подготовки к родам. Родовая деятельность развивалась хорошо. Проводилось тщательное обезболивание, введение сердечных средств, ингаляции кислорода. В 14 ч. 30 мин. начались потуги. В 15 часов роженица пожаловалась на слабость, появился цианоз губ, отдышка. Число дыханий – 30 в 1 мин., пульс – 96 ударов, в минуту слабого наполнения. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное.

Задания

1. Оценить состояние женщины.
2. Поставить диагноз и обосновать его.
3. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщин с сердечно-сосудистой патологией.
4. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 38

1. Состояние роженицы средней тяжести, обусловлено нарушением кровообращения и декомпенсации ЭГП.
2. Диагноз: Беременность 1, 40 недель. Роды первые, срочные. Второй период. Головное предлежание предлежание плода. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана. Нарушение кровообращения.
Обоснование диагноза: из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, доношенная, потуги, головка плода на тазовом дне, что соответствует II периоду родов в головном предлежании. В анамнезе частые ангины, ревматизм, митральный порок сердца, по поводу чего беременная была госпитализирована в ОПБ за 2 недели до родов. Появление одышки, цианоза губ, тахикардии, слабости в потужном периоде свидетельствует о развитии нарушения кровообращения II ст. Нарушение кровообращения у матери вызывает угрозу развития внутриутробной гипоксии у плода и рождения ребенка в состоянии асфиксии. Учитывая наличие митрального порока сердца с развитием нарушения кровообращения II ст., во II периоде родов необходимо исключить потужную деятельность и закончить роды операцией наложения акушерских щипцов, с этой целью необходимо:
 - вызвать врача-акушера, анестезиолога, неонатолога;
 - создать возвышенное положение роженицы на родовой кровати;
 - дать дышать увлажненный кислород;
 - успокоить роженицу;

- подготовить акушерские щипцы;
- подготовить сердечные препараты для внутривенного введения, шприцы;
- ассистировать при наложении акушерских щипцов.

2.2.4. Ситуационные задачи для демонстрации мануальных навыков.

Ситуационная задача № 1

Первобеременная, 22 года, преподаватель колледжа. Обратилась в ЖК с подозрением на беременность. Жалобы на задержку месячных на 3 месяца. Месячные с 13 лет, регулярные через 28 по 5 дней. Половая жизнь в течение 4-х месяцев в браке. Отмечает повышенную сонливость и тошноту. Врач акушер-гинеколог после опроса и осмотра сделал заключение: беременность 10 – 11 недель. Женщина будет рожать, встает на учет по беременности.

Задания

1. Перечислить признаки беременности.
2. Выполнить манипуляцию «Тест на беременность».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 1

1. Перечислить признаки беременности, разделив их на достоверные, вероятные и сомнительные.

К предположительным (сомнительным) признакам относятся проявления общих изменений, связанных с беременностью.

1. Изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.), тошнота, рвота по утрам.
2. Изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.).
3. Изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.
4. Пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков или около сосковых кружков.

Вероятные признаки беременности. К данной группе признаков относят нарушения менструальной функции и изменения в половых органах.

1. Прекращение менструации.
2. Появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы.
3. Синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки.
4. Изменение величины, формы и консистенции матки.

Достоверные, признаки беременности.

Прощупывание частей плода.

Ясно слышимые сердечные тоны плода.

Движения плода, ощущаемые лицом, исследующим беременную.

УЗИ

2. Выполнение манипуляции.

Ситуационная задача № 2

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на тянущие боли внизу живота, в области поясницы. Появились 2 дня назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

Задания

1. Перечислить причины данной патологии, рассказать о классификации, методах диагностики и лечения.
2. Выполнить манипуляцию «Осмотр шейки в зеркалах».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 2

1. Рассказать о причине выкидышей, профилактике, классификации, клинике, диагностике, методах сохраняющей терапии, перечислить лекарственные средства, указать дозировки, побочные действия.

2. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмами действия.

Исследование при помощи зеркал. После осмотра наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище приступают к исследованию при помощи влагалищных зеркал. Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки и слизистой оболочки влагалища (вероятный признак беременности), а также заболевания шейки матки и влагалища (воспаление, эрозия, полип, рак).

Можно пользоваться створчатыми и ложкообразными зеркалами. Створчатое зеркало вводят до свода влагалища в сомкнутом виде, затем створки раскрывают и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища.

Хороший доступ для осмотра шейки и влагалища создается при использовании ложкообразных зеркал. Вначале вводят заднее зеркало, располагают его на задней стенке влагалища и слегка надавливают на промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало (плоский подъемник), которым поднимают переднюю стенку влагалища. После осмотра шейки матки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.

Ситуационная задача № 3

23-летняя женщина встала в ЖК на учет по беременности в 10 недель. В прошлом у неё был 1 искусственный аборт без осложнений. Настоящая беременность протекала без осложнений. Прошла обследования по назначенной врачом-акушером схеме. Явилась в ЖК на прием в 13 недель. Прием ведет акушерка. Жалоб нет. Все анализы в норме. Группа крови I(0), резус-фактор отрицательный. Раньше обследования на группу и резус не проводились.

Задания

1. Рассказать о резус-конflikте, причинах, методах профилактики, диагностики и лечения.
2. Манипуляция «Определение группы крови и резус-фактора».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 3

1. Рассказать о причинах резус-конflikта, методах профилактики, диагностики, лечения.

2. Выполнение манипуляции. «Определение группы крови и резус-фактора».

Техника манипуляции:

1. Внести цоликлоны в отдельные лунки по одной большой капле.
2. Внести капилляром маленькие (0,01 мл) капли крови рядом с каплями цоликлонов, избегая контакта капилляра и крови.
3. Отдельными палочками смешать цоликлоны и кровь.

4. Покачивать тарелку, наблюдать агглютинацию 2,5 минуты.
5. Внести пипеткой в лунки, в которых произошла агглютинация по 1й капле физиологического раствора
6. Покачивать, наблюдать агглютинацию.
7. Форма ответа:

При определении группы крови с помощью цоликлонов:

1. Агглютинация не наблюдается ни в одной из лунок – первая группа
2. Агглютинация наблюдается с цоликлоном анти-А – вторая группа
3. Агглютинация наблюдается с цоликлоном анти-Б – третья группа
4. Агглютинация наблюдается с цоликлонами анти-А и анти-Б – четвертая группа

После проведения манипуляции все использованные предметы замачиваются в емкости с дезинфицирующим средством.

Определение резус фактора производится с помощью цоликлона анти Д – если есть агглютинация то положительный резус, если нет, то отрицательный.

Ситуационная задача № 4

Беременная в 14 недель пришла на прием в ЖК, где она состоит на учете. Возраст женщины 30 лет. В течение 5 лет лечилась по поводу первичного бесплодия на фоне склерокистоза яичников. Применялись гормональные методы лечения, клиновидная резекция яичников, методы стимуляции овуляции. Настоящая беременность первая. В 5 недель беременности встала на учет, в 6-8 недель была профилактическая госпитализация и лечение с целью сохранения беременности. От УЗИ беременная категорически отказывалась из опасения вредного воздействия на плод. После стационара беременная уезжала в отпуск, так что данная явка в ЖК вторая. Прием ведет акушерка.

В настоящее время жалоб нет, до 3-х недель была тошнота, но сейчас все благополучно. Болей в животе и патологических выделений нет. Пульс, температура и АД в норме. Прибавка веса с начала беременности 3,5 кг.

Матка в нормальном тоне, безболезненная, дно её на середине между пупком и лобком. ВДМ = 18 см, окружность живота 90см. Отеков нет, физиологические отправления в норме.

Задания

1. Рассказать о причинах возникновения многоплодия, особенностях течения и ведения беременности и родов.
2. Выполнение манипуляции «Измерение высоты стояния дна матки и окружности живота».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 4

Для распознавания срока беременности известное значение имеют измерение высоты стояния матки над лобком и объем живота. Высоту стояния дна матки над лобком измеряют сантиметровой лентой. Женщина лежит на спине, ноги выпрямлены; мочевой пузырь перед исследованием нужно опорожнить. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки.

Ситуационная задача № 5

К акушерке ФАПа обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками, начавшиеся 1 час назад. Замужем. Задержка менструации на 1,5 месяца, считает себя беременной, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. В анамнезе - 1 роды (без осложнений), искусственный аборт 5 месяцев назад.

Объективно: кожные покровы бледноватые, влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки синюшная, зев пропускает свободно 1 палец. Матка наклонена кпереди, мягковатой консистенции, слегка болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

Задания

1. Оценить состояние пациентки. О какой патологии идет речь, на чем основано Ваше предложение, причины осложнения.
2. Выполнить манипуляцию «Бимануальное исследование».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 5

1. Состояние удовлетворительное. В данном случае речь идет о начавшемся выкидыше 6-7 недель. Это предположение основано на данных анамнеза (указание на задержку менструации на 1,5 месяца, были предположительные признаки беременности – тошнота), а также влагалищного исследования (синюшность шейки, увеличение матки до 6-7 недель). Это - свидетельства беременности. На выкидыш указывают схваткообразные боли, кровяные сгустки, зияние цервикального канала.

2. Выполнение манипуляции. «Бимануальное исследование».

II и I пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; II и III пальцы правой руки вводят во влагалище, I палец отведен кверху, IV и V — прижаты к ладони, а тыльная сторона их упирается в промежность. Введенными во влагалище пальцами исследуют состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная и т.д.). Пальцы, введенные во влагалище, располагают в переднем его своде, шейку матки слегка оттесняют назад. Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза, навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде. Сближая пальцы обеих исследующих рук, находят тело матки и определяют ее положение, форму, величину, консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию труб и яичников. Для этого пальцы внутренней и наружной рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. В конце исследования прощупывают внутреннюю поверхность костей таза: внутреннюю поверхность крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза, если он доступен. Выясняют вместимость и форму таза, пытаются дойти до мыса, измеряют диагональную конъюгату.

Ситуационная задача № 6

Беременная В., 28 лет, обратилась к акушерке ФАПа с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели.

Беременность 3-я: I-я беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, II беременность закончилась медицинским абортom в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделю назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта.

Объективно: рост=165см, вес=75кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД=110/70, 110/75 мм рт.ст., PS=80 уд.в мин., ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ= 90см ВДМ=36см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд.в 1 мин., ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задания

1. Рассказать о причинах данной патологии.
2. Выполнить манипуляцию: «Приёмы наружного акушерского исследования».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 6

1. Беременность 3, 34 недели. Предлежание плаценты. ОАА.
2. При пальпации живота используют так называемые приемы наружного акушерского исследования (**приемы Леопольда–Левицкого**). Беременная находится в положении на спине. Врач стоит лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования. Первым приемом определяют форму и высоту стояния дна матки, и крупную часть плода, располагающуюся в дне матки. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно (первый прием Леопольда–Левицкого).

Второй прием наружного акушерского исследования. Вторым приемом определяют положение плода в матке, позицию и вид плода. Акушер постепенно опускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны. Осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяют с одной стороны спинку плода, с другой — мелкие части плода (ручки, ножки).

Третий прием наружного акушерского исследования. Третий прием служит для определения предлежащей части плода; можно определить подвижность (баллотирование) головки. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют, головка это или тазовый конец. При головном предлежании плода симптом баллотирования положительный, если головка находится над входом в малый таз.

Четвертый прием наружного акушерского исследования. Этот прием, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и местонахождение головки по отношению ко входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть. Во время родов важно выяснить, где находится головка плода: во входе в малый таз (каким сегментом) или в полости малого таза.

Ситуационная задача № 7

Акушеркой ФАПа вызвана на прием беременная А., 24 года. 2 недели назад был срок родов, но беременная в род.дом не поступила. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность I, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности, была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели.

Менструальная функция: месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост=170 см, вес=82 кг. АД=120/80,115/80 мм рт.ст., PS=72 уд.в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ=90 см, ВДМ=34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 120 ударов в 1 мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка укорочена до 2 см, плотная. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Головка определяется через своды, кости черепа плотные. Выделения светлые.

Задания

1. Тактика акушерки.
2. Выполнить манипуляцию «Влагалищное исследование».

Эталон ответа к ситуационной задаче №7

1. Тактика акушерки:
 - направить беременную в родильный дом для родоразрешения;
 - объяснить важность госпитализации, проконтролировать.
2. Выполнение манипуляции.

Влагалищное (пальцевое) исследование беременной. II и I пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; II и III пальцы правой руки вводят во влагалище, I палец отведен кверху, IV и V - прижаты к ладони, а тыльная сторона их упирается в промежность. Введенными во влагалище пальцами исследуют состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость, разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная и т.д.).

Ситуационная задача № 8

На очередной прием в женскую консультацию пришла беременная 25 лет. Жалоб не предъявляет, шевеление плода ощущает. Масса тела 76 кг (+500,0 за 10 дней), АД - 120/80, 110/70 мм рт.ст. Отеков нет. Беременность первая, желанная. Муж здоров. Менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Наследственность благоприятная. Аллергии не было.

При наружном акушерском исследовании установлено: окружность живота 85 см, ВДМ - 30 см. В дне матки прощупывается широкая крупная часть плода, над входом в малый таз - баллотирующая, округлой формы крупная часть, справа по ребру матки - широкая плоская часть плода, а слева - мелкие части. Отчетливо прослушивается сердцебиение плода справа ниже пупка - 138 ударов в минуту.

При предыдущей явке 10 дней назад срок беременности был 28-29 недель. Пациентку интересует - когда ей будет предоставлен дородовый отпуск? Учитывая нормальное течение беременности, хочет до родов уехать к матери в деревню.

Задания

1. Определить срок беременности.
2. Выполнить манипуляцию «Наружное акушерское исследование».

Эталон ответа к ситуационной задаче №8

1. Определить срок беременности. По ВДМ – 30 см соответствует 30 неделям

По предыдущей явке - 10 дней назад - 28 – 29 недель – 30-31 недель

2. Выполнить манипуляцию «Наружное акушерское исследование».

1. При пальпации живота используют так называемые приемы наружного акушерского исследования (**приемы Леопольда–Левицкого**). Беременная находится в положении на спине. Акушерка стоит лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования. Первым приемом определяют форму и высоту стояния дна матки, и крупную часть плода, располагающуюся в дне матки. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно (первый прием Леопольда–Левицкого).

Второй прием наружного акушерского исследования. Вторым приемом определяют положение плода в матке, позицию и вид плода. Акушер постепенно опускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны. Осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяют с одной стороны спинку плода, с другой — мелкие части плода (ручки, ножки).

Третий прием наружного акушерского исследования. Третий прием служит для определения предлежащей части плода; можно определить подвижность (баллотирование) головки. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют, головка это

или тазовый конец. При головном предлежании плода симптом баллотирования положительный, если головка находится над входом в малый таз.

Четвертый прием наружного акушерского исследования. Этот прием, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и местонахождение головки по отношению ко входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть. Во время родов важно выяснить, где находится головка плода: во входе в малый таз (каким сегментом) или в полости малого таза.

Для распознавания срока беременности известные значения имеют измерение высоты стояния матки над лобком и объем живота. Высоту стояния дна матки над лобком измеряют сантиметровой лентой. Женщина лежит на спине, ноги выпрямлены; мочевого пузыря перед исследованием нужно опорожнить. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки.

Ситуационная задача № 9

К акушерке ФАПа на очередной прием пришла беременная 30 лет. Срок беременности 37-38 недель. Первые роды были 5 лет назад в тазовом предлежании. Ребенок, со слов пациентки, родился в асфиксии, но был оживлен. Настоящая беременность протекает без осложнений, но беременная волнуется, как расположен плод в матке.

Размеры таза: 26, 29, 33, 21. АД - 120/80, 110/75 мм рт.ст. Прибавка массы тела за 10 дней (+500,0 г), отеков нет. Тонус матки обычный, над входом в малый таз пальпируется широкая мягкая часть плода, а в дне матки - округлая баллотирующая крупная часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева выше пупка, 138 уд.в мин. Окружность живота 90 см, ВДМ - 32 см.

Задания

1. Отметить ошибки по ведению данной беременной.
2. Выполнить манипуляцию: «Наружная пельвиометрия».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 9

1. учитывая отягощенный акушерский анамнез и потенциальные осложнения в родах с тазовым предлежанием, диагноз тазового предлежания поставлен с опозданием, этого можно было бы избежать, если бы акушерка своевременно проконсультировала беременную с врачом, направила на УЗИ, не использованы возможности ЛФК для коррекции предлежания, теперь это поздно.
2. Алгоритм выполнения манипуляции: «Измерение наружных размеров таза»
 - I. Подготовка к процедуре:
 1. Перед исследованием получить у пациентки информированное согласие; кушетку застелить индивидуальной клеенкой и стерильной пеленкой
 2. Предложить женщине лечь на кушетку на спину, ноги выпрямить, обнажить живот и верхнюю треть бедер.
 3. Встать от нее справа.
 - II. Выполнение процедуры:
 1. Взять тазомер в руки так, чтобы пуговицы тазомера были между указательными и большими пальцами.
 2. Пропальпировать указательными пальцами передне-верхние ости гребней подвздошных костей, прижать к ним пуговицы тазомера.
 3. Определить по шкале тазомера расстояние между передне-верхними остями гребней подвздошных костей (*distantia spinarum* -25-26 см).

4. Передвинуть пуговицы тазомера до наиболее удаленных точек гребней подвздошных костей.
 5. Определить по шкале тазомера расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей (*distantia cristarum* - 28-29 см).
 6. Отыскать указательными пальцами большие вертелы бедренных костей.
 7. Прижать к большим вертелам пуговицы тазомера.
 8. Определить по шкале тазомера расстояние между большими вертелами бедренных костей (*distantia trochanterica* - 30-31 см).
 9. Предложить женщине лечь на левый бок, нижнюю ногу согнуть в коленном и тазобедренном суставах, верхнюю ногу выпрямить.
 10. Поставить одну пуговицу тазомера на середину верхнего края лонного сочленения, а вторую - на верхний угол ромба Михаэлиса.
 11. Определить расстояние по шкале тазомера от середины верхнего края симфиза до верхнего угла ромба Михаэлиса (*s. externa* - 20-21 см). По *s. externa* можно определить величину акушерской конъюгаты по формуле $s. vera = s. externa - 9$ см. В норме *s. vera* - 11 см.
- III. Окончание процедуры:
1. Полученные данные записать в соответствующую документацию.
 2. Предложить беременной встать, кушетку обработать ветошью с дезинфицирующим средством в перчатках.
 3. Снять перчатки и поместить их в дезинфицирующий р-р (по инструкции)
 4. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
 5. Проздезинфицированные перчатки утилизировать в желтый мешок (класс Б).

Ситуационная задача № 10

К акушерке ЖК 12 октября на очередную явку пришла первобеременная 24 лет. Жалобы на периодические запоры. Беременная интересуется, когда ей выдадут дородовой декретный отпуск и когда у нее срок родов. Менструальная функция не нарушена. Последние месячные с 29 марта по 2 апреля. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Муж здоров. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. 1 шевеление плода 14 августа.

Объективно: женщина правильного телосложения. Прибавка массы за 2 недели 650 грамм. АД - 110/70; 115/70 мм рт. ст.; PS - 72 уд.в мин. Размеры таза 25-28-31-20 см И.С. - 15 см. Живот овоидной формы. ОЖ - 88 см, ВДМ - 28 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд.в мин., слева ниже пупка.

Задания

1. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его.
2. Выполнить манипуляцию: подсчитайте срок беременности (определите дату родов)

Эталон ответа к ситуационной задаче № 10

Состояние удовлетворительное. DS: беременность 27-28 недель.

1. Обоснование диагноза: срок беременности можно определить по последним месячным и первому шевелению плода по календарю. 1 шевеление первобеременная ощущает в 20 недель. Объективные данные (ОЖ и ВДМ) соответствуют сроку 27-28 недель.
 2. Акушерка должна провести обследование по общепринятой схеме, дать рекомендации по диете, с целью нормализации стула. Привести примеры диеты, средств, регулирующих стул.
- Определить дату выдачи дородового отпуска и предполагаемых родов.

Методы диагностики предполагаемой даты родов (по первому дню последней менструации, по данным УЗИ, по первому шевелению плода, по высоте стояния дна матки).

Продолжительность беременности 40 недель или 280 дней или 9 календарных месяцев или 10 акушерских месяцев. Один акушерский месяц составляет 4 недели.

Определение даты родов по первому дню последней менструации – производится следующим образом - необходимо от первого дня своего менструального цикла отнять три месяца и прибавить семь дней.

По данным УЗИ - например произведено УЗИ 1 мая и срок беременности составил 7 недель, знаем, что продолжительность беременности составляет 40 недель, то считаем 33 недели и получаем 40 недель 18 декабря.

По первому шевелению плода. Движения плода определяются при исследовании женщины во второй половине беременности. Беременные сами ощущают движение плода с 20-й недели у первородящих (повторнородящие — несколько раньше чаще 16 – 18 недель), но эти ощущения к достоверным признакам беременности не относятся, потому что они могут быть ошибочными. Так, женщина может принять за движение плода перистальтику кишечника.

Для определения срока родов у первородящих к дате первого шевеления плода (20 нед) прибавляют 20 нед, у повторнородящих — к дате первого шевеления (18 нед) прибавляют 22 нед.

По размерам матки.

Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности.

В конце I акушерского месяца беременности 4 недели величина матки достигает размера куриного яйца.

В конце II акушерского месяца беременности 8 недель величина матки достигает размера гусиного яйца.

В конце III акушерского месяца беременности 12 недель величина матки достигает величины головки новорожденного, ее асимметрия исчезает, матка заполняет верхнюю часть полости таза, дно ее доходит до верхнего края лобковой дуги.

Начиная с IV месяца беременности дно матки прощупывается через брюшные стенки и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки. При этом следует помнить, что на высоту стояния дна матки могут влиять размер плода, избыточное количество околоплодных вод, двойня, неправильное положение плода и другие особенности течения беременности. Поэтому высота стояния матки при определении срока беременности учитывается в совокупности с другими признаками (последняя менструация, первое шевеление плода и др.).

В конце IV акушерского месяца (16 нед) дно матки располагается на середине между лобком и пупком (на четыре поперечных пальца выше симфиза).

В конце V акушерского месяца (20 нед) дно матки на два поперечных пальца ниже пупка; заметно выпячивание брюшной стенки.

В конце VI акушерского месяца (24 нед) дно матки находится на уровне пупка.

В конце VII акушерского месяца (28 нед) дно матки определяется на 2 - 3 пальца выше пупка.

В конце VIII акушерского месяца (32 нед) дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком. Пупок начинает сглаживаться. Окружность живота на уровне пупка 80 - 85 см.

В конце IX акушерского месяца (36 нед) дно матки поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг - это наивысший уровень стояния дна беременной матки. Окружность живота 90 см. Пупок сглажен.

В конце X акушерского месяца (40 нед) дно матки опускается до уровня, на котором оно находилось в конце VIII месяца, т. е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пупок выпячивается. Окружность живота 95 -98 см, головка плода опускается, у первобеременных прижимается ко входу в таз или стоит малым сегментом во входе в таз.

При одинаковом уровне стояния дна матки VIII и X месяцы беременности отличаются по окружности живота (на VIII месяце окружность живота 80 - 85 см, на X месяце 95 -98 см), по положению головки (на VIII месяце - высоко над входом в таз, баллотирует, на X месяце - опущена, у первобеременных фиксирована во входе в таз), по состоянию пупка (на VIII месяце - сглаживание, на X месяце - выпячивание). В конце X месяца беременности отмечают, что живот опустился, стало легче дышать.

Ситуационная задача № 11

В отделение патологии родильного дома 14 ноября поступила первобеременная С., 20 лет, по направлению ЖК с диагнозом: анемия беременных. Последняя менструация 4 апреля. Первое шевеление плода 22 августа. Беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине беременности в сроке 24 недели находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом: анемия беременной. Проводилось лечение, выписана с улучшением. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания отрицает. Женщина обеспокоена состоянием плода. Проживает в промышленном районе.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД - 100/70, 100/60 мм рт. ст. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Нв - 90 г/л. ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см, И.С. - 14 см. Размеры таза 25-27-30-20. Положение плода продольное, II позиция, передний вид, головное предлежание. Головка над входом в малый таз баллотирует. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту приглушено, слева ниже пупка. Матка в нормотонусе.

Задания

1. Оценить состояние беременной. Поставить диагноз и обосновать его.
2. Выполнить манипуляцию «Выслушивание сердцебиения плода».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 11

1. Состояние беременной удовлетворительное. Диагноз: беременность 31 - 32 недели, анемия беременной легкой степени.

Обоснование диагноза: из условий задачи даты, последней менструации 4 апреля, первого шевеления плода 22 августа, объективных данных, ОЖ - 85 см, ВДМ - 32 см у пациентки беременность соответствует 31 - 32 неделям.

У беременной в анамнезе с 24 недель беременности анемия, по поводу которой лечилась в стационаре.

Учитывая данную ситуацию, необходимо:

- успокоить пациентку, вселить надежду в благоприятное течение беременности;
- в дородовом отделении наблюдение и лечение под руководством врача (назначение антианемических препаратов – примеры);
- с целью профилактики осложнений дежурная акушерка должна вести наблюдения за беременной – контроль за сердцебиением, шевелением;
- контроль за гемоглобином (клинический анализ крови), УЗИ и КТГ в динамике.

2. Выполнение манипуляции «Выслушивание сердцебиения плода».

Оснащение: Стетоскоп, часы.

Беременная (роженица) находится лежа на спине с обнаженным животом. Акушерка становится справа от женщины и проводит пальпацию живота с целью определения положения, позиции, вида позиции и предлежащей части плода. Сердцебиение плода выслушивается со стороны спинки, ближе к головке.

Техника:

Стетоскоп взять в правую руку, широкой воронкой приложить к животу так, чтобы не было просвета между стетоскопом и кожей живота. К другому концу стетоскопа приложить ухо, слегка прижать, руку от стетоскопа отнять. Одновременно свободной рукой прощупать

пульс женщины для контроля (синхронность ударов должна отсутствовать). Сердцебиение плода выслушивают в течение одной минуты (считать каждые 10 секунд). Получают 6 цифр сердцебиения плода. За сердцебиение плода берется то число ударов, которое чаще повторяется.

В норме частота сердечных тонов 120-160 уд.в минуту. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Примечание: при головном предлежании плода сердцебиение прослушивается ниже пупка слева или справа в зависимости от позиции, при тазовом предлежании - выше пупка, а при поперечном положении – на уровне пупка.

Ситуационная задача № 12

Повторнобеременная В., 21 год, поступила в родовое отделение ЦРБ с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися 6 часов. Анамнез: соматически здорова. Менструальные нерегулярные. Беременность 2-ая, 2 года назад были срочные роды, слабость родовой деятельности.

Объективно: женщина обеспокоена за исход родов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 76 в мин, ритмичный. АД-110/70, 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ – 108 см, ВДМ – 38см. Размеры таза 26-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд.в мин. Схватки через 6-7 минут, по 15-20 секунд, слабые, умеренно болезненные.

Влагалищные исследования: влагалище емкое, шейка сглажена, расположена по проводной оси таза, края умеренно плотные, открытие 3 см. Плодный пузырь цел, вялый, плохо наливается во время схватки. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Задания

1. Тактика акушерки в данной ситуации.
2. Выполнить манипуляцию «Влагалищное исследование в родах».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 12

1. Состояние женщины удовлетворительное. Диагноз: роды 2-ые, срочные, в головном предлежании, первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Отягощенный гинекологический анамнез.

Схватки слабые, редкие и короткие, малая динамика раскрытия маточного зева, функционально неполноценный плодный пузырь.

Учитывая наличие аномалии родовой деятельности, акушерка должна:

- вызвать врача акушера;
- уложить женщину на бок, соответствующий позиции плода;
- подготовить браншу пулевых щипцов для амниотомии;
- подготовиться к выполнению назначений врача.

Возможно, что после амниотомии родовая деятельность усилится. Если этого не произойдет, то, возможно, понадобится родостимуляция, восполнение энергетических затрат. На фоне родостимуляции более строгий контроль за всеми показателями роженицы и уход.

2. Выполнение манипуляции. Влагалищное исследование в родах.

Влагалищное исследование проводится на гинекологическом кресле в смотровом кабинете или на кровати в предродовой.

Показания к выполнению влагалищного исследования в родах:

- Поступление роженицы.
- Излитие околоплодных вод.
- Появление кровянистых выделений из половых путей.
- Появление потуг.

- Диагностика гипоксии плода.
- Для выполнения амниотомии.
- С целью выяснения акушерской ситуации каждые 4 часа в родах.

Предварительно проводится обработка наружных половых органов. Влагалищное исследование проводится в стерильных перчатках после соответствующей обработки рук. Осматривают наружные половые органы, определяют высоту промежности, наличие на ней рубцов, гнойников, кондилом. Затем 2 пальца акушера вводятся во влагалище. Определяют состояние влагалища (широкое, узкое, наличие перегородок в нем), шейки матки (сохранена, укорочена или сглажена). При сглаженной шейке определяют степень раскрытия маточного зева, состояние его краев (толстые, средней толщины, тонкие, растяжимые или ригидные). Оценивают состояние плодного пузыря (цел или отсутствует). При целом плодном пузыре обращают внимание на его форму (куполообразный, плоский), определяют, как он наливается во время схваток, каково его напряжение.

Далее диагностируют подлежащую часть (головка или тазовый конец) и в какой плоскости малого таза она находится. Для того, чтобы установить характер вставления головки, на ней пальпируют швы и роднички, и их отношение к костным ориентирам таза, определяют ведущую точку. Затем оценивается состояние костного таза (наличие деформаций, экзостозов, состояние крестцовой впадины). Уточняют, достижим или не достижим мыс. В последнем случае делают вывод о достаточной емкости малого таза. Если мыс достижим, измеряют величину диагональной и истинной конъюгаты

Ситуационная задача № 13

Дежурная акушерка в ЦРБ приняла роды у повторнородящей, 28 лет, живым доношенным мальчиком. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Дольки и оболочки целы. При осмотре родовых путей акушерка обнаружила разрыв тканей промежности (повреждена задняя спайка, кожа промежности, мышцы и слизистая влагалища). Из раны промежности - небольшое кровотечение. Общая кровопотеря в родах составила - 250,0 мл. Из дополнительного сбора анамнеза выяснено, что женщина страдает повышенной кровоточивостью после порезов, обильными месячными.

Задания

1. Рассказать о строении тазового дна.
2. Выполнить манипуляцию «Подготовка инструментария к ушиванию разрыва промежности».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 13

1. Рассказать о строении тазового дна.

Тазовое дно. Выход таза закрыт снизу мощным мышечно-фасциальным пластом, который называется тазовым дном. Часть тазового дна, располагающаяся между задней спайкой половых губ и заднепроходным отверстием, называется акушерской, или передней, промежностью (задняя промежность — часть тазового дна, располагается между заднепроходным отверстием и копчиком).

Тазовое дно состоит из трех слоев мышц, покрытых фасциями

1. Нижний (наружный) слой состоит из мышц, сходящихся в сухожильном центре промежности; форма расположения этих мышц напоминает восьмерку, подвешенную к костям таза.

1. Луковично-пещеристая мышца (m. bulbosacavernosus) обхватывает вход во влагалище, прикрепляется к сухожильному центру и клитору: при сокращении эта мышца сжимает влагалищный вход.

2. Седалищно-пещеристая мышца (m. ischiocavernosus) начинается от седалищного бугра нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

3. Поверхностная поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*) начинается от нижней ветви седалищной кости, оканчивается в сухожильном центре промежности.

4. Наружный сфинктер заднего прохода (*m. sphincter ani externus*) — мышца, сжимающая конечную часть прямой кишки. Глубокие пучки мышцы начинаются от верхушки копчика, обхватывают заднепроходное отверстие и оканчиваются в сухожильном центре промежности.

II. Средний слой — мочеполая диафрагма (*diaphragma urogenitale*) — занимает переднюю половину выхода таза. Мочеполая диафрагма представляет собой треугольную мышечно-фасциальную пластинку, расположенную под симфизом, в лобковой дуге. Через эту пластинку проходят мочеиспускательный канал и влагалище. В переднем отделе мочеполой диафрагмы мышечные пучки окружают мочеиспускательный канал и образуют его наружный сфинктер; в заднем отделе заложены мышечные пучки, идущие в поперечном направлении к седалищным буграм. Эта часть мочеполой диафрагмы называется глубокой поперечной мышцей промежности (*t. transversus perinei profundus*).

III. Верхний (внутренний) слой называется диафрагмой таза (*diaphragma pelvis*).

Диафрагма таза состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*). Обе широкие мышцы, поднимающие задний проход, образуют купол, верхушка которого обращена вниз и прикрепляется к нижнему отделу прямой кишки (немного выше заднепроходного отверстия). Широкое основание купола обращено вверх и прикрепляется к внутренней поверхности стенок таза. В переднем отделе диафрагмы таза между пучками мышц, поднимающих задний проход, имеется продольно расположенная полая щель, через которую выходят из таза мочеиспускательный канал и влагалище (*hiatus genitalis*). Мышцы, поднимающие задний проход, состоят из отдельных мышечных пучков, начинающихся от разных отделов стенок таза; этот слой мышц таза является самым мощным. Все мышцы тазового дна покрыты фасциями.

Мышцы и фасции тазового дна выполняют следующие важнейшие функции.

1. Тазовое дно является опорой для внутренних половых органов, способствует сохранению их нормального положения. Особое значение имеют мышцы, поднимающие задний проход. При сокращении этих мышц происходит замыкание полой щели, сужение просвета прямой кишки и влагалища. Повреждение мышц, тазового дна ведет к опущению и выпадению половых органов, а также мочевого пузыря и прямой кишки.

2. Тазовое дно представляет собой опору не только для половых органов, но и для внутренностей. Мышцы тазового дна участвуют в регуляции внутрибрюшного давления совместно с грудобрюшной преградой и мускулатурой брюшной стенки.

3. Во время родов при изгнании плода все три слоя мышц тазового дна растягиваются и образуют широкую трубку, являющуюся продолжением костного родового канала. После рождения плода мышцы тазового дна вновь сокращаются и принимают прежнее положение.

2. Выполнение манипуляции.

- дезинфицирующий раствор для обработки рук;
- спиртовой раствор хлоргексидина для обработки промежности;
- перчатки, марлевые шарики;
- анестетик для инфильтративной или пудендальной анестезии, шприц;
- широкие длинные зеркала и подъемники для осмотра мягких родовых путей;
- стерильный набор для ушивания (хирургическая игла, иглодержатель, пинцет, окончатые зажимы);
- шовный материал (викрил, шелк, кетгут).

Ситуационная задача № 14

Произошли роды у повторнородящей, 28 лет, живым доношенным мальчиком. Признаков отделения плаценты нет.

Задания

1. Тактика акушерки.
2. Выполнить манипуляцию «Активное ведение третьего периода родов».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 14

Активное ведение третьего периода, включает:

- внутримышечное введение 10 ЕД окситоцина (в первую минуту после рождения плода);
- легкий наружный массаж матки;
- ручной прием, заключающийся в том, что одна рука акушера над лоном надавливает на сократившуюся матку и смещает ее в сторону пупка; одновременно второй рукой акушер совершает тракцию за пуповину, которую выполняет подготовленный специалист.

Противники данного метода считают его недостатком повышенный риск выворота матки, отрыва пуповины и остатков плацентарной ткани в матке.

Учитывая, что контролируемые тракции за пуповину незначительно влияют на частоту массивных кровотечений, от их применения неподготовленными специалистами нужно воздержаться и ограничиться введением окситоцина.

Верхняя граница объема физиологической кровопотери составляет 0,5% массы тела (5 мл на 1 кг массы тела).

Ведение последового периода родов возможно строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии роженицы и отсутствии признаков внутреннего или наружного кровотечения можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа в течение 30 мин.

NB! Последовый период не должен длиться более 30 мин.

Ситуационная задача № 15

Акушерка родильного отделения приступила к дежурству 9 марта в 9 часов 00 минут, приняла по смене роженицу, которая поступила в родильный дом 8 марта в 22 часа с доношенной беременностью, регулярной родовой деятельностью.

Данная беременность первая. Схватки начались дома в 20 часов 8 марта. При поступлении пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, АД - 120/65, 120/60 мм рт ст. В моче белка нет, ОЖ - 100 см, ВДМ - 38 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 23-26-28-21 см. Схватки через 6-8 минут по 25-30 секунд, умеренной силы и болезненности. Воды не отходили. Шейка сглажена, края тонкие малоподатливые, открытие 2 см. В течение ночи схватки активизировались. В 8 утра схватки через 3 минуты по 50 секунд, болезненные. Сердцебиение 140 ударов в минуту. АД 120/ 80 мм рт ст. Лекарственные средства не назначались. Женщина очень утомлена.

В 8 часов 30 минут 9 марта отошли светлые околоплодные воды, в количестве 200 мл. В 9 часов начались потуги, и в 9 часов 20 мин родился живой мальчик, весом 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки в зеркалах имеется разрыв шейки матки на 3 часах длиной 2,5 см, разрыв промежности 1 степени.

Задания

1. Причины и виды разрывов родовых путей. Методы профилактики и лечения.
2. Выполнить манипуляцию: «Собрать набор для осмотра родовых путей и зашивания разрывов».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 15

1. Причинами травм мягких тканей родового канала чаще всего являются
 1. неумелая защита промежности,
 2. роды крупным, гигантским и переносным плодом,
 3. быстрые и стремительные роды, а также их затяжное течение,
 4. неправильные вставления головки,
 5. узкий таз,
 6. тазовое предлежание плода,
 7. ригидность, рубцовые или воспалительные изменения тканей,
 8. оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов) и др.

Виды материнского травматизма:

- Разрывы вульвы
- Разрывы влагалища
- Разрывы промежности
- Разрывы шейки матки
- Гематомы наружных половых органов и влагалища

2. Выполнение манипуляции.

- дезинфицирующий раствор для обработки рук;
- спиртовой раствор хлоргексидина для обработки промежности;
- перчатки, марлевые шарики;
- анестетик для инфильтративной или пудендальной анестезии, шприц;
- широкие длинные зеркала и подъемники для осмотра мягких родовых путей;
- стерильный набор для ушивания (хирургическая игла, иглодержатель, пинцет, окончатые зажимы);
- шовный материал (викрил, шелк, кетгут).

Ситуационная задача № 16

К акушерке обратилась беременная женщина 19 лет, беременность на сроке 34 недели. Жалобы: на головную боль, мелькание мушек перед глазами, боль в эпигастриальной области, была однократная рвота. Анамнез: беременность первая, состоит на учете в женской консультации. Две недели назад было обнаружено повышение АД до 140 /90, 145/95 мм.рт. ст., от госпитализации в ОПБ беременная отказалась. Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловато. АД –160/100, 170/110 мм.рт. ст., на ногах отеки.

Задания

1. Составьте алгоритм действий оказания доврачебной помощи.
2. Продемонстрируйте технику измерения АД у беременных.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 16

Вызвать врача акушер-гинеколога,

Провести оценку тяжести общего состояния (средняя, тяжелая, ступор, кома) и тяжести ПЭ: сознание, головная боль, судороги, АД, одышка, боли в животе

Проведение катетеризации периферической вены

Выявить наличие /отсутствие признаков отслойки плаценты

Выслушать сердцебиение плода.

В зависимости от степени ПЭ и степени АГ:

а) гипотензивная терапия:

- *нифедипин* (коринфар) короткого действия 10-20 мг per os
- *клонидин* (клофелин) 1-2мл 0,01% раствора в/м или в/в введение в течении 3-5 мин или др. гипотензивных ЛС

б) профилактика и терапия судорожного синдрома:

- в/в введение 4 г (16 мл) 25% *сульфата магния* в течение 10-15 минут
- оформление медицинской документации в акушерский стационар

в) Вызвать МСП госпитализация в акушерский стационар

Сообщить в приемный покой акушерского стационар

2. Наиболее точные показания даёт ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть откалиброваны все используемые аппараты).
1. Положение: сидя в удобной позе, рука находится на столе на уровне сердца. Нижний край стандартной манжеты (ширина 12-13 см, длина 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба.
2. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки.
3. Момент появления первых звуков соответствует I фазе тонов Короткова и показывает САД; ДАД рекомендуют регистрировать в фазу V тонов Короткова (прекращение).
4. АД измеряют в состоянии покоя (после 5-минутного отдыха интервалом не менее минуты; при разнице равной или более 5 мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение при этом два последних значения усредняются).
5. АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения.
6. У пациенток, страдающих СД, АД необходимо измерять в сидя и лежа.
7. Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

Ситуационная задача № 17

Поступил вызов к беременной женщине 22 лет, срок беременности 38 недель. Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110, 175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минут.

Задания

1. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
2. Продемонстрируйте оказание помощи при приступе эклампсии.

Эталон ответа к ситуационной задаче № 17

Вызвать врача акушер-гинеколога,

Провести оценку тяжести общего состояния (средняя, тяжелая, ступор, кома) и тяжести ПЭ: сознание, головная боль, судороги, АД, одышка, боли в животе

Проведение катетеризации периферической вены

Выявить наличие /отсутствие признаков отслойки плаценты

Выслушать сердцебиение плода.

В зависимости от степени ПЭ и степени АГ:

а) гипотензивная терапия:

- *нифедипин* (коринфар) короткого действия 10-20 мг per os
- *клонидин* (клофелин) 1-2мл 0,01% раствора в/м или в/в введение в течении 3-5 мин или др. гипотензивных ЛС

б) профилактика и терапия судорожного синдрома:

- в/в введение 4 г (16 мл) 25% *сульфата магния* в течение 10-15 минут
- оформление медицинской документации в акушерский стационар

в) Вызвать МСП госпитализация в акушерский стационар

Сообщить в приемный покой акушерского стационар

2. Лечение приступа начинается на месте и предполагает определенную последовательность следующих действий:
1. Не оставлять пациентку одну.

2. Уложить пациентку на ровную поверхность в положении на левом боку для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого и крови.
3. Защитить пациентку от повреждений, не удерживая её активно
4. Освободить ВДП, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть
5. Подготовить оборудование (воздуховоды, отсос, маска и мешок, кислород), дать кислород 4-6 л/мин.
6. После окончания судорог при необходимости очистить отсосом ротовую полость и гортань).
7. Мероприятия по возобновлению (поддержанию) адекватного газообмена при сохраненном спонтанном дыхании - подача увлажненной смеси (носо-лицевая маска); при развитии дыхательного апноэ после индукции тиопенталом натрия и купирования судорог – в/в введение миорелаксантов, интубация трахеи и принудительная ИВЛ мешком Амбу с подачей 100% кислорода на этапе транспортировки в операционную с последующим переводом на аппаратную ИВЛ.
8. Параллельно: катетеризация периферической вены и немедленное начало магниальной терапии: начальная доза - 4-6 г сухого вещества 25% раствора) в/в в течение 5-10 мин; если судороги повторились дополнительно 2 г (8 мл 25% раствора) в/в в течение 3-5 минут. Поддерживающая доза сульфата магния 1-2 г/ч в/в через инфузomat.
9. Дальнейшая маршрутизация по протоколу для подготовки срочному /экстренному родоразрешению.

Ситуационная задача № 18

К акушерке ФАПа обратилась беременная С., 24 года, с жалобами на зуд и жжение во влагалище и выделения с неприятным запахом. Появились 2 дня назад.

В анамнезе: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 4 месяца назад. Данная беременность 1-я, желанная. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает. Работает поваром.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД - 110/70, 115/70 мм рт.ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком.

Осмотр в зеркалах: Влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка возбудима. Выделения слизистые.

Задания

1. Тактика акушерки в данной ситуации.
2. Выполнить манипуляцию «Взятие содержимого влагалища на исследование».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 18

Техника взятия мазка из влагалища и шейки матки.

- **Перечень медицинских изделий и оборудования:**

1. Пара перчаток
2. Корцанг металлический
3. Ватные шарики
4. Емкость для утилизации перчаток
5. Раствор хлоргексидина
6. Зеркало гинекологическое
7. Одноразовый стерильный зонд или проволоочная петля или тупая ложечка
8. Цитощетка

- **Описание алгоритма выполнения:**

1. Получить согласие пациента после информации о предстоящей манипуляции.
2. Предложить больной раздеться до пояса.
3. Уложить пациентку на кушетку или гинекологическое кресло
4. Вымыть руки, осушить полотенцем.
5. Надеть стерильные медицинские перчатки
6. Провести осмотр наружных половых органов.
7. Ввести гинекологическое зеркало.
8. Произвести осмотр влагалища.
9. Предупредить пациентку о предполагающей манипуляции.
10. Взять одноразовый стерильный зонд.
11. Собрать материал из заднего свода или с патологически измененных участков слизистой.
12. Перенести материал на предметное стекло помеченной латинской буквой «V».
13. В сопроводительном направлении указать фамилию, имя, отчество больной, отделение или участок, цель исследования, фамилию направляющего, дату.
14. Удалить слизь с шейки матки ватным тампоном.
15. Обработать ее стерильным физ. раствором.
16. Ввести зонд или цитощетку в цервикальный канал на глубину 0,5-1,5 см.
17. Перенести материал на предметное стекло помеченной латинской буквой «С».
18. В сопроводительном направлении указать фамилию, имя, отчество больной, отделение или участок, цель исследования, фамилию направляющего, дату.

Ситуационная задача № 19

В родильный дом поступила беременная С., 21 год, с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью. Беременность I, женщина страдает диабетом 2-го типа. Наблюдалась в женской консультации и у эндокринолога. Прошла подготовку к родам. Менструальная функция не нарушена. Брак I. Гинекологическими заболеваниями не страдает. Через 10 часов от начала регулярной родовой деятельности родоразрешилась живым мальчиком весом 4000 г. В момент прорезывания головки плода, с целью профилактики кровотечения в III периоде родов, внутримышечно введено 1 мл (5 ед.) окситоцина. Произведена перинеотомия. Новорожденный ребенок отделен от матери.

Задания

1. Рассказать об особенностях течения и ведения беременности и родов у женщины с сахарным диабетом.
2. Выполнить манипуляцию «Проведение перинеотомии, эпизиотомии, (на фантоме) и подготовка набора инструментов для перинеоррафии».

Эталон ответа к ситуационной задаче № 19

Активная защита промежности (эпизиотомия, перинеотомия). Эпизиоррафия, перинеоррафия. Показания. Техника.

Цель: предупреждение разрыва промежности у роженицы при ригидной и высокой промежности, ускорение потужного периода.

Эпизиотомия - боковое рассечение промежности.

Перинеотомия - срединное рассечение промежности.

Существует несколько вариантов рассечения промежности в родах:

- 1) перинеотомия - разрез по средней линии промежности, где проходит минимальное количество сосудов и нервных окончаний;
- 2) латеральная эпизиотомия - боковой разрез промежности, выполняемый на 2-3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру;
- 3) срединнолатеральная эпизиотомия - разрез от задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру (используют наиболее часто).

Техника выполнения:

1. Обработать руки дезинфицирующим раствором, надеть перчатки.
2. Обработать наружные половые органы раствором антисептика.
3. Проводится инфильтративная анестезия области промежности при разрывах I и II степеней. Местную инфильтративную анестезию проводят 0,25-0,5% раствором новокаина или 2% р-ром лидокаина, которые вводят в ткани промежности.
4. Если использовалась региональная анестезия в родах, то ее продолжают.
5. Вне потуги браншу с тупым концом под контролем пальца вводят по направлению предполагаемого разреза между подлежащей частью плода и стенкой влагалища.
6. Разрез проводят на высоте потуги, когда ткани промежности максимально растянуты.
 - при проведении эпизиотомии рассекается кожа и часть мышечных пучков констриктора влагалища.
 - при проведении перинеотомии разрезается кожа и поверхностные мышцы промежности.
7. Важный аспект при рассечении промежности - разрез не должен быть менее 3 см, в противном случае он продляется в рваную рану. Необходимо учитывать, что недостаточная длина разреза при оперативных родах («щадящий разрез») в 80% случаев приводит к продлению раны за счёт разрыва промежности.

3. Условия реализации программы государственной итоговой аттестации.

3.1 Требования к минимальному материально-техническому обеспечению.

Реализация программы государственной итоговой аттестации проводится в оснащённом всем необходимым, согласно требованиям государственного стандарта, помещении, которое оснащено следующим оборудованием:

- пеленальный столик;
- кушетка медицинская;
- столик передвижной манипуляционный;
- кресло гинекологическое;
- планшетка для определения группы крови со стандартными цоликлонами;
- комплект приборов и аппаратуры медицинского назначения (весы напольные, ростомер, термометры медицинские, тонометр, фонендоскоп, весы для новорожденного);
- муляж женского таза;
- тренажер акушерский для оказания акушерского пособия;
- кукла плода, манекен новорождённого для ухода;
- муляж последа;
- комплект медицинского инструментария, расходные материалы;
- комплект медицинской документации;
- образцы дезинфицирующих средств, применяемых для дезинфекции медицинского оборудования, инвентаря, помещений, медицинского инструментария, а также рук медицинского персонала);
- ёмкости-контейнеры для сбора медицинских отходов;
- ёмкости для дезинфекций инструментария и расходных материалов;
- тренажер для гинекологического осмотра;
- корнцанг металлический;
- одноразовый стерильный зонд / тупая ложечка;
- цитощетка;
- набор для оказания помощи при преэклампсии и эклампсии (контейнер);
- набор для ушивания;
- гинекологическое зеркало;
- предметные стекла;
- имитация мочи и тест-полоска на беременность;
- створчатое и ложкообразное зеркало;

- сантиметровая лента;
- перчатки (упаковка);
- тазомер;
- статист;
- акушерский календарь;
- акушерский стетоскоп;
- доплер «Малыш»;
- амниотом;
- иглодержатель;
- пинцеты;
- иглы;
- шовный материал;
- ножницы;
- окситоцин;
- набор для осмотра родовых путей.

3.2 Информационное обеспечение государственной итоговой аттестации.

3.2.1. ГОУ СПО «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича» определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативные документы и оснащение для демонстрации практических умений и навыков.

3.2.2. К началу государственной итоговой аттестации по основной образовательной программе специальности **31.02.02 Акушерское дело** для государственной аттестационной комиссии должны быть подготовлены следующие документы:

- а) государственный образовательный стандарт по соответствующей специальности среднего профессионального образования;
- б) программа государственной итоговой аттестации;
- в) приказ Директора Колледжа о допуске выпускников в государственную итоговую аттестацию;
- г) сводная ведомость успеваемости выпускников за весь период обучения;
- д) зачетные книжки выпускников;
- е) экзаменационные билеты;
- ж) распорядительный акт Министра просвещения Приднестровской Молдавской Республики о назначении председателя государственной аттестационной комиссии;
- з) график проведения государственной итоговой аттестации.
- и) бланки протоколов заседаний государственной аттестационной комиссии;
- к) журналы учета учебных занятий.

3.3 Общие требования к организации и проведению государственной аттестации.

3.3.1.

Государственная итоговая аттестация проводится государственной аттестационной комиссией (Далее – ГАК), которая формируется из педагогических работников организации профессионального образования и лиц, приглашенных из сторонних организаций, в том числе педагогических работников, и имеющих ученую степень (ученое звание) и (или) высшую квалификационную категорию, представителей работодателей или их объединений по профилю подготовки выпускников.

Состав ГАК утверждается распорядительным актом Директора Колледжа не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации и действует в течение одного календарного года.

3.3.2. Основными функциями ГАК являются:

- а) комплексная оценка уровня подготовки выпускников и соответствия их подготовки требованиям государственного образовательного стандарта по соответствующей специальности среднего профессионального образования;

б) присвоение квалификации.

ГАК возглавляет председатель, который организует и контролирует деятельность государственной аттестационной комиссии, а также обеспечивает единство требований, предъявляемых к выпускникам.

Председатель ГАК утверждается распоряжением Министра просвещения Приднестровской Молдавской Республики по ходатайству Колледжа не позднее, чем за три месяца до начала проведения ГИА. Председателем ГАК утверждается лицо, не работающее в Колледже из числа представителей работодателей.

По завершению государственного итогового экзамена председатель ГАК оформляет Отчёт. Отчёт председателя ГАК заслушивается и обсуждается на педагогическом совете Колледжа.

Директор Колледжа является заместителем председателя ГАК. В случае создания в Колледже нескольких ГАК назначается несколько заместителей председателей из числа заместителей директора Колледжа.

3.3.3. На проведение государственного экзамена, в том числе в виде демонстрационного экзамена отводится 0,35 часа на одного обучающегося.

3.3.4.

Решения ГАК принимаются на закрытых заседаниях простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов голос председательствующего на заседании ГАК является решающим.

Выпускнику, не прошедшему государственную итоговую аттестацию по уважительной причине, предоставляется возможность пройти государственную итоговую аттестацию без отчисления из организации профессионального образования. Для этого организуется дополнительное заседание государственной аттестационной комиссии в установленные Колледжем сроки, но не позднее четырех месяцев после подачи заявления лицом, не прошедшим государственную итоговую аттестацию по уважительной причине.

Выпускник, не прошедший государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или получивший неудовлетворительный результат, отчисляется из Колледжа. Выпускник, не прошедший государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти ее ранее, чем через год после прохождения государственную итоговую аттестацию впервые.

3.3.5.

Оценка государственного итогового экзамена определяется как среднее арифметическое оценок в ситуационных кейсах, входящих в экзаменационный билет.

Результаты государственной итоговой аттестации определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Диплом с отличием выдается выпускнику при следующих условиях:

а) все указанные в приложении к диплому оценки по учебным предметам, курсам, дисциплинам (модулям), практикам, оценки за курсовые работы (проекты) являются оценками «отлично» и «хорошо»;

б) все оценки по результатам ГИА являются оценками «отлично»;

в) количество указанных в приложении к диплому оценок «отлично», включая оценки по результатам ГИА, составляет не менее 75 процентов от общего количества оценок, указанных в приложении к диплому.

3.3.6.

Для выпускников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится Колледжем с учетом особенностей и индивидуальных возможностей выпускников. При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

а) присутствие в аудитории ассистента, оказывающего выпускникам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочесть и оформить задание, общаться с членами ГАК);

б) использование необходимых выпускникам технических средств при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом индивидуальных особенностей.

