

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
**«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИНЯТА

Ученым советом педиатрического
фармацевтического факультетов
протокол от 14.03.2023 № 2
Председатель совета _____ А.П. Аверьянов

УТВЕРЖДАЮ

и Декан педиатрического факультета
_____ А.П. Аверьянов
« 14 » 03 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля

(наименование практики)

Направление подготовки (специальность)

31.05.02 «Педиатрия»

Форма обучения

очная

(очная, очно-заочная, заочная)

Срок освоения ОПОП

6 лет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

ОДОБРЕНА

на заседании учебно-методической
конференции кафедры от 07.03.2023 № 3

Заведующий кафедрой _____ Н.Ф. Хворостухина

СОГЛАСОВАНА

Начальник отдела практики и содействия
трудоустройству выпускников

_____ Г.Н. Дзукаев

« 10 » 03 2023 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВИД ПРАКТИКИ. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ	3
2. СПОСОБЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ	3
3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	3
4. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
5. ТРУДОЕМКОСТЬ ПРАКТИКИ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	7
6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ	7
6.1 РАЗДЕЛЫ ПРАКТИКИ И КОМПЕТЕНЦИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОСВОЕНЫ	7
6.2. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРАКТИКЕ	8
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	8
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	8
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	11
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ	11
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	11

Программа производственной практики «**Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля**» разработана на основании учебного плана по специальности 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ», утвержденного Ученым Советом Университета, протокол от «14» 03 2023г., № 2; в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ», утвержденный Министерством образования и науки Российской Федерации «12» августа 2020г.

1. ВИД ПРАКТИКИ. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ.

Практика «**Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля**» является производственной практикой.

Цель: освоить и закрепить навыки врачебной деятельности, полученных на практических занятиях в учебном году на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Задачи:

1. освоить основные этапы лечебно-диагностической работы у постели больного в процессе самостоятельной врачебной деятельности при постоянном контроле и коррекции ее преподавателем;
2. научиться самостоятельному оформлению медицинской документации;
3. ознакомиться с организацией работы стационаров акушерского профиля;
4. регулярно проводить санитарно-просветительскую работу среди больных лечебных учреждений;
5. освоение и проведение студентами учебно-исследовательской работы.

2. СПОСОБЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

2.1. Способы проведения практики

Практика является стационарной. Студенты работают в палатах стационаров акушерского профиля, в приемных отделениях. В указанных подразделениях студенты 4 курса педиатрического факультета работают в качестве помощника врача акушера-гинеколога под непосредственным контролем палатных врачей, заведующего отделением, ассистента – руководителя практикой.

2.2. Формы проведения практики (непрерывная)

1. Практика является непрерывной и проводится в конце 8 семестра, июнь-июль.
2. Продолжительность практики – 10 рабочих дней.
3. Продолжительность рабочего дня – 6 часов (с 9.00 до 15.00).

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРАКТИКИ

Формируемые в процессе практики компетенции

	ПК-6 способность и готовность интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей
Наименование категории (группы) компетенций	Код наименования компетенции (или ее части)
знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных и беременных	2
уметь собрать анамнез, провести опрос, провести физикальное исследование). Интерпретировать результаты обследования	ПК-3 способность и готовность собирать анамнез
владеть методами общего клинического обследования (жалобы, сроки начала заболевания сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия) лабораторных, инструментальных методов диагностики	
знать последовательность клинического обследования беременных, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики беременных	ПК-7 способность и готовность проводить оценку клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи детям
уметь собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование, вагинальный осмотр.	
Интерпретировать результаты обследования	
знать современные теории развития заболеваний, этиопатогенез, принципы диагностики, лечения	
владеть методами общего клинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики	
уметь диагностировать синдромокомплекс, оценить патофизиологические процессы в организме при данной нозологии	ПК-4 способность и готовность проводить осмотр детей и интерпретировать результаты физикального обследования
владеть анализом клинических синдромов, обоснованием патогенетических и оправданных методов диагностики и лечения.	детей (общее состояние и самочувствие ребенка, состояние органов и систем, физического и психомоторного развития ребенка)
	ПК-8 способен и готов проводить дифференциальный диагноз с другими болезнями и постановку диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
знать последовательность клинического обследования больных и беременных, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики	здоровьем
уметь собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, ЧДД и т.п.). Интерпретировать результаты обследования	
знать международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем. Методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания). Методику сбора и оценки анамнеза жизни ребенка. Методику оценки состояния и осмотра и оценки кожных покровов, выраженности подкожно-жировой клетчатки, ногтей, волос, видимых слизистых, лимфатических узлов, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических особенностей определения и оценки массы тела и роста, массоростового коэффициента	ПК-5 способность и готовность обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, направления на консультацию к врачам-специалистам, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения)
уметь собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, ЧДД и т.п.). Интерпретировать результаты обследования	Этиологию и патогенез болезней и патологических состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка
знать международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем. Методику сбора данных о состоянии здоровья ближайших родственников (наследственные и хронические заболевания). Проводить сбор анамнеза жизни ребенка. Проводить сбор анамнеза лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания). Методику ребенка, определять массу тела и рост, массоростовой коэффициент, оценивать физическое и психомоторное развитие. Собирать анамнез заболеваний. Оценить состояние ребенка, провести состояния у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка клинический осмотр. Оценить соответствие паспортному возрасту физического и психомоторного развития ребенка. Оценить клиническую картину состояний, требующих оказания неотложной помощи детям. Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей, и хронические заболевания). Проводить сбор анамнеза жизни ребенка. Проводить сбор анамнеза ребенка, определять массу тела и рост, массоростовой коэффициент, оценивать физическое и объем инструментального обследования детей. Интерпретировать результаты инструментального обследования детей. Обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-клиническим специалистам. Определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей здравоохранения, г. Женева, 1989 г. Обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию.	

<p>владеть основами проведения дифференциального диагноза с другими болезнями, и методикой постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	
	<p>ПК-13 Способен и готов оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с угрозой жизни пациента, при неотложных состояниях в амбулаторно-поликлинических условиях проводить мероприятия для восстановления дыхания и сердечной деятельности</p>
<p>знать этиологию и патогенез болезней и состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка современную классификацию болезней. Алгоритмы оказания медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям на догоспитальном этапе. Принципы оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям. уметь оказать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям на догоспитальном этапе Готов к оказанию первичной медикосанитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи владеть методикой оказания неотложной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям</p>	
	<p>ПК-14 Способен и готов оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p>
<p>знать протоколы ведения физиологических родов уметь применять лекарственные препараты в течение родового акта владеть биомеханизмом родов (отношение головки к плоскостям малого таза, ориентируясь на расположение родничков и стреловидный шов); знаниями об изменениях, происходящих в организме беременной женщины, роженицы и родильницы</p>	

4. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Производственная практика «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» относится к блоку базовых практик Б2.П2.

Материал практики опирается на ранее приобретенные студентами знания по

- Анатомии человека, гистологии, цитологии и эмбриологии.

Знания анатомии гениталий женщины, систем иннервации, кровообращения, лимфообращения гениталий; стадий эмбриогенеза при возникновении и развитии беременности.

Умения назвать органы половой системы женщины, стадии эмбриогенеза, трактовать результаты гистологического исследования.

- Нормальной физиологии.

Знания о механизмах первого вдоха новорожденного, о системе гемостаза, о газообмене и о регуляции системы дыхания и кровообращения в организме взрослого человека и новорожденного.

Умения применить полученные знания на практике при проведении клинико- лабораторного обследования .

- Биохимии.

Знания биохимии гонадотропных и половых гормонов, их значения в регуляции овариально-менструального цикла и в оценке состояния фето-плацентарного комплекса у беременных женщин.

Умения назвать группы гонадотропных и половых гормонов, их структуру и механизмы действия.

- Патологической физиологии.

Знания патогенеза воспалительных и опухолевых процессов гениталий, преэклампсии и эклампсии, нарушений гемостаза при различной акушерской и гинекологической патологии

Умения объяснить патогенез развития воспалительных и опухолевых процессов гениталий, патогенез нарушений гемостаза при неразвивающейся беременности и акушерских кровотечениях, механизмы развития преэклампсии и эклампсии, патогенез гипоксии плода.

- Патологической анатомии.

Знания патологической анатомии и патогистологии воспалительных процессов гениталий, доброкачественных и злокачественных опухолей яичников и матки; об изменениях в плаценте при различной акушерской патологии, о патологоанатомических изменениях при послеоперационных и послеродовых осложнениях (тромбозы, тромбоэмболия и эмболия околоплодными водами).

Умение описать основные патологоанатомические изменения при различных гинекологических заболеваниях, при осложнениях беременности у матери и плода.

- Микробиологии с вирусологией и иммунологией.

Знания групп патогенных и условно патогенных бактерий, вирусов и т.д., играющих роль в развитии воспалительных процессов гениталий, акушерских гнойно- септических осложнений, инфицирования внутриутробного плода, механизмов аллергических реакций, особенностей иммунитета при беременности.

Умение наметить план обследования, направленный на выявление возбудителя заболевания, взять материал для бактериологического и бактериоскопического исследований.

- Оперативной хирургии и топографической анатомии.

Знания топографической анатомии гениталий, топографии магистральных сосудов и нервов.

Умение назвать основные хирургические инструменты и описать ход оперативных вмешательств на женских гениталиях. Навыки использования основных хирургических инструментов.

- Общей и клинической фармакологии.

Знания механизмов действия различных препаратов, имеющих отношение к акушерству и гинекологии, с учетом возможного токсического действия на плод.

Умение выбрать лекарственный препарат, определить его дозировку в каждом конкретном случае, оценить эффективность. Навыки по оформлению рецептов.

- Пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии, факультетской педиатрии.

Знания о состоянии систем дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевого выделения, с учетом возникновения беременности и ее пролонгирования.

Умение проводить обследование пациентки по органам и системам. Навыки по аускультации, пальпации и перкуссии, по оценке параметров гемодинамики, функции дыхательной системы.

- Общей хирургии, факультетской хирургии и онкологии.

Знания принципов диагностики хирургических заболеваний при беременности, методов дифференциальной диагностики с гинекологическими заболеваниями.

Умение проводить обследование пациентки при подозрении на хирургическую патологию органов брюшной полости. Навыки пальпации, перкуссии, аускультации, оценки параметров гемодинамики и функции дыхательной системы, оценки результатов клинико-лабораторного обследования при патологии органов брюшной полости.

5. ТРУДОЕМКОСТЬ ПРАКТИКИ, ФОРМЫ ОТЧЕТА И КОНТРОЛЯ

Вид работы	Всего часов	Формы отчетности и контроля	
		Форма отчетности	Форма контроля
1	2	3	
Контактная работа (всего), в том числе:	72		
Аудиторная работа	72		
Практика в отделении	60	дневник	собеседование
Симуляционный курс	6	дневник	собеседование
Материалы по сбору, обработке и систематизации фактического материала (для написания реферата, статьи, клинического наблюдения)	6	дневник	собеседование
Внеаудиторная работа	-		
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	36		
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)		
	экзамен (Э)		
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	108	
	ЗЕТ	3	

6. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ

6.1 Разделы практики и компетенции, которые должны быть освоены

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела практики	Содержание раздела
1	2	3	4
1	ПК-3,4,5,6,7,8,13,14	Практика в отделении (ях)	1. Физиологическое акушерство 2. Патологическое акушерство
2	ПК-14	Симуляционный курс	1. Физиологическое акушерство 2. Патологическое акушерство

3	ПК-3,4,5,6,7,8,1 3,14	Материалы по сбору, обработке и систематизации фактического материала (для написания реферата, статьи, клинического наблюдения)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Работа с историями родов 2. Работа с акушерскими протоколами и ренламентирующими работу документами 3. Работа с периодической научной литературой
4	ПК-3,4,5,6,7,8,1 3,14	Ведение дневника практики	Фиксация изменений, происходящих с пациенткой во время наблюдения. Описание приобретенных навыков.

6.2. Самостоятельная работа обучающегося по практике

№ п/п	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4
	Практика в отделении	Подготовка к текущему контролю, к тестированию.	20
	Симуляционный курс	Подготовка к текущему контролю, к тестированию.	6
	Материалы по сбору, обработке и систематизации фактического материала (для написания реферата, статьи, клинического наблюдения)	Написание рефератов, подготовка презентаций по заданной теме.	6
	Ведение дневника		4
	Зачет с оценкой		
ИТОГО			36

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике «Клиническая практика акушерско-гинекологического профиля» в полном объеме представлен в приложении 1.

8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

8.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1.	Гинекология [Текст] : нац. рук. / под ред.: Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. - крат. изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,	1 экз.

	2017. - 690[2] с	
2.	Акушерство [Текст] : учеб. [для студентов, ординаторов, аспирантов и врачей] / Г. М. Савельева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 651[1] с. : ил	100 экз.
3.	Василенко, Леонид Васильевич. Акушерская пропедевтика и оперативные родоразрешения [Текст] : [практ. рук. для врачей] / Л. В. Василенко, Н. И. Зрячкин. - Саратов : Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 187[1] с. : ил. - Библиогр.: с. 182-184.	2 экз.
4.	Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Текст] : учеб. пособие / под ред. С.-М. А. Омарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 258[2] с. : ил. - Библиогр. в конце глав	1 экз.
5.	Гинекология [Текст] : учебник / под ред.: Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 431[1] с	147 экз.
6.	Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Текст] : учеб. пособие / под ред. С.-М. А. Омарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 258[2] с.	1 экз.
7.	Оперативная гинекология [Текст] : [науч. изд.] / В. И. Краснопольский [и др.]. - 2-е изд., перераб. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 320 с.-	1 экз.

Электронные источники

№	Издания
1	Акушерство [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – ЭБС Консультант врача
2	Гинекология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Национальные руководства"). – ЭБС Консультант врача
3	Клиническая фармакология : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепихина, В. И. Петрова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – ЭБС Консультант врача
4	Серов, В. Н. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. [Электронный ресурс]: клинические рекомендации разработаны и рекомендованы Российским обществом акушеров гинекологов и Ассоциацией медицинских обществ по качеству / Серов В.Н. ; Сухих Г.Т. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. ЭБС Консультант
5	Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Манухин И.Б. ; Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант врача
6	Савельева, Г. М. Акушерство [Электронный ресурс] : учебное пособие / Савельева Г.М. ; Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. ЭБС Консультант врача
7	Айламазян Э. К. Акушерство [Электронный ресурс] / Айламазян Э. К. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. ЭБС Консультант студента
8	Радзинский, В. Е. Акушерство [Электронный ресурс] : учебное пособие / Радзинский В.Е. ; Фукс А.М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. ЭБС Консультант студента
9	Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. :

	ГЭОТАР-Медиа, 2016. ЭБС Консультант врача
10	Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант врача

8.2. Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Особенности тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией Учебное пособие Н.Ф.Хворостухина, А.В.Романовская, И.Ю.Шляхова, Д.А.Новичков, А.М.Минасян Издательство СГМУ, 2015.УМО РАЕ	1
2	Акушерские кровотечения: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика Учебное пособие. И.А.Салов, Н.Ф. Хворостухина, Л.В. Лысенко, Т.И.Турлупова, Д.А.Райовский. Саратов, Издательский центр «Наука», 2010.(гриф УМО)	1
3	Грипп у детей и беременных: этиология, патогенез, особенности клинического течения и лечения Учебное пособие Е.В.Михайлова, И.А.Зайцева, Т.Н.Малюгина, Т.К.Чудакова, А.В.Романовская, Ю.С.Цека, С.А.Каральский, А.П.Кошкин, Н.Ф.Хворостухина и др. ЦКМС, Издательство СГМУ 2014 год	1
4	Акушерская тактика при ведении и родоразрешении беременных с травмами. Монография. И.А.Салов, Н.Ф.Хворостухина, В.И.Тома, И.Е.Рогожина. Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ, 2013	1
5	Беременность и дисфункция иммунной системы И.А.Салов, Н.Ф.Хворостухина, Ю.В.Михайлова, М.С.Шехтер Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ 2014	1
6	Рентгеноэндovasкулярная окклюзия сосудов при кровотечениях в акушерстве и гинекологии И.А.Салов, И.Е.Рогожина, Н.Ф.Хворостухина, М.С.Шехтер, Н.А.Чунихина Редакционно-издательский Совет СГМУ, Издательство СГМУ 2014	1
7	Кровотечения в акушерской практике. Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков, А.В. Романовская А.А. Плеханов, К.А. Тихова. Издательство СГМУ, 2017.УМО РАЕ	10

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа 2013 http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424070.html
2	Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. М. : ГЭОТАР-Медиа 2007. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970404416.html

9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	www.studmedlib.ru
2	www.medi.ru
3	Acupuncture.com
4	BioMedNet
5	MEDSCAPE.com
6	Medicine.com
7	Scientific Journals
8	Scientific Journals Intermedizin Notfallmedizin Anaesthesie
9	National Library of Medicine и MEDLINE
10	MedicineNet - State of the Art Medical Information
11	Centers for Disease Control and Prevention
12	The professional's guide to a world of information: Galaxy
13	MedExplorer - Search engine for medicine related information
14	MEDLINEplus
15	PubMed Central - полнотекстовый архив
16	NLM Gateway
17	SCIRUS - поисковик научной информации
18	http://www.medlit.ru/medrus/akush.htm
19	http://www.ncagip.pregnancy.ru
20	http://krasniykrest.com/obstetricia/page/2/
21	http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/index.shtml
22	http://www.medmir.com/content/category/16/75/57/
23	http://demoscope.ru/weekly/2003/0123/biblio05.php
24	http://www.window.edu.ru
25	http://www.medilink.ucoz.ru
26	http://www.feml.scsml.rssi.ru
27	http://www.studmedlib.ru
28	http://www.meduniver.com

10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРАКТИКЕ

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Акушерство и гинекология» представлены в приложении 2.

11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

1. Образовательный портал СГМУ: <http://el.sgmu.ru/>
2. Электронная библиотека медицинского ВУЗа «Консультант студента»: www.studmedlib.ru
3. Используемое программное обеспечение

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45015872, 45954400, 45980109, 46033926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057
Kaspersky Endpoint security, Kaspersky anti-Virus	1356-170911-025516-107-524

Разработчики:

Заведующий кафедрой

занимаемая должность

Доцент

занимаемая должность

подпись

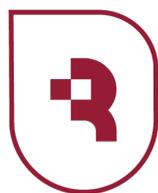
подпись

Н.Ф. Хворостухина

инициалы, фамилия

Д.А. Новичков

инициалы, фамилия



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
**«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Декан педиатрического факультета
_____ А.П. Аверьянов
« _____ » _____ 2021 _____ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Практика: Помощник врача стационара акушера-гинеколога
(наименование практики)

Специальность: 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ
(код и наименование специальности)

Квалификация: Врач педиатр
(квалификация (степень) выпускника)

1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Контролируемые компетенции	Планируемые результаты обучения
ПК-3	<p>знать последовательность клинического обследования беременных, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики беременных</p> <p>уметь собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование, вагинальный осмотр. Интерпретировать результаты обследования</p> <p>владеть методами общего клинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики</p>
ПК-4	<p>знать последовательность клинического обследования больных и беременных, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных и беременных</p> <p>уметь собрать анамнез, провести опрос, физикальное обследование (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, ЧДД и т.п.). Интерпретировать результаты обследования</p> <p>владеть методами общего клинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики</p>
ПК-5	<p>знать международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем. Методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания). Методику сбора и оценки анамнеза жизни ребенка. Этиологию и патогенез болезней и патологических состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка современные классификации болезней.</p> <p>уметь проводить сбор данных о состоянии здоровья ближайших родственников (наследственные и хронические заболевания). Проводить сбор анамнеза жизни ребенка. Проводить сбор анамнеза ребенка, определять массу тела и рост, массоростовой коэффициент, оценивать физическое и психомоторное развитие. Собрать анамнез заболевания. Оценить состояние ребенка, провести клинический осмотр.</p> <p>владеть основами проведения дифференциального диагноза с другими болезнями, и методикой постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p>знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных и беременных</p> <p>уметь собрать анамнез, провести опрос, провести физикальное исследование). Интерпретировать результаты обследования</p> <p>владеть методами общего клинического обследования, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики</p>
ПК-7	<p>знать современные теории развития заболеваний, этиопатогенез, принципы диагностики, лечения и профилактики</p> <p>уметь диагностировать синдромокомплекс, оценить патофизиологические процессы в организме при данной нозологии</p> <p>владеть анализом клинических синдромов, обоснованием патогенетических и оправданных методов диагностики и лечения.</p>

<p>ПК-8</p>	<p>знать международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем. Методику сбора и оценки данных о состоянии здоровья ближайших родственников и лиц, осуществляющих уход за ребенком (наследственные и хронические заболевания). Методику сбора и оценки анамнеза жизни ребенка. Методику оценки состояния и осмотра и оценки кожных покровов, выраженности подкожно-жировой клетчатки, ногтей, волос, видимых слизистых, лимфатических узлов, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических особенностей определения и оценки массы тела и роста, массоростового коэффициента определения и оценки показателей физического и психомоторного развития детей . Этиологию и патогенез болезней и патологических состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка современные классификации болезней.</p> <p>уметь проводить сбор данных о состоянии здоровья ближайших родственников (наследственные и хронические заболевания). Проводить сбор анамнеза жизни ребенка. Проводить сбор анамнеза ребенка, определять массу тела и рост, массоростовой коэффициент , оценивать физическое и психомоторное развитие. Собрать анамнез заболевания. Оценить состояние ребенка, провести клинический осмотр. Оценить соответствие паспортному возрасту физического и психомоторного развития ребенка. Оценить клиническую картину состояний, требующих оказания неотложной помощи детям. Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования детей. Интерпретировать результаты лабораторного обследования детей Обосновывать необходимость и объем инструментального обследования детей. Интерпретировать результаты инструментального обследования детей Обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам. Определять у пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. Обосновывать необходимость направления детей на госпитализацию.</p> <p>владеть основами проведения дифференциального диагноза с другими болезнями, и методикой постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
<p>ПК-13</p>	<p>знать этиологию и патогенез болезней и состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка современную классификацию болезней. Алгоритмы оказания медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям на догоспитальном этапе. Принципы оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям. уметь оказать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи детям на догоспитальном этапе Готов к оказанию первичной медикосанитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи владеть методикой оказания неотложной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской помощи</p>

	детям
ПК-14	знать протоколы ведения физиологических родов уметь применять лекарственные препараты в течение родового акта владеть биомеханизмом родов (отношение головки к плоскостям малого таза, ориентируясь на расположение родничков и стреловидный шов); знаниями об изменениях, происходящих в организме беременной женщины, роженицы и родильницы

2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
знать				
8	Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает предмет «Акушерство и гинекология»	Студент усвоил основное содержание материала дисциплины, но имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению учебного материала. Имеет несистематизированные знания	Студент способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале.	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Показывает глубокое знание и понимание предмета
уметь				
	Студент не умеет применять лекарственные препараты в родах, не знает порядок оказания медицинской помощи во время родов	Студент испытывает затруднения при подборе лекарственных средств Студент непоследовательно и не систематизировано определяет применение лекарственных препаратов Студент затрудняется назвать этапы оказания помощи	Студент умеет самостоятельно определять последовательность этапов оказания помощи в родах. Студент умеет использовать полученные знания о применении лекарственных препаратов во время родов	Студент умеет последовательно оказывать помощь в родах Студент умеет самостоятельно принимать правильные решения и осуществлять верные действия на различных этапах физиологических родов
владеть				
	Студент не владеет навыком оказания помощи роженицам во время физиологических родов	Студент владеет основными навыками оказания медицинской помощи при физиологических родах Студент в основном способен самостоятельно оказать помощь роженице Студент в основном владеет навыком использования	Студент владеет знаниями всего изученного программного материала, материал излагает последовательно, допускает незначительные ошибки и недочеты при воспроизведении изученного материала. Студент способен самостоятельно выделять главные положения в	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части способности самостоятельного

		лекарственных препаратов и медицинского инструментария	изученном материале, владеет навыком выделения значимых этапов оказания помощи беременной, роженице и родильнице	выделения значимых свойств и оказания помощи беременной, роженице и родильнице
--	--	---	--	--

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ вопроса	Вопрос	Варианты ответа
1	Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется	а) в неспециализированном родильном доме б) в специализированном акушерском стационаре (родильном) в) в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы г) в обсервационном акушерском отделении родильного до
2	Совместное пребывание матери и новорожденного организуется	а) в обсервационном отделении родильного дома б) в специализированном родильном доме в) неспециализированном родильном доме г) в послеоперационных палатах родильного дома
3	Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно	а) через 6 ч после рождения б) сразу после рождения в) через 8 ч после рождения г) через 12 ч после рождения
4	Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет	а) 1 год б) 2 года в) 3 года г) 5 лет
5	Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу, как правило	а) после выписки матери из родильного дома б) после консультации врача детской больницы в) по выздоровлении, для реабилитации г) в день постановки диагноза
6	В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает	а) поздний гестоз беременных б) кровотечения в) экстрагенитальная патология г) инфекция
7	Основным качественным показателем деятельности родильного дома (отделения) не является	а) перинатальная смертность б) материнская смертность в) среднегодовая занятость койки г) заболеваемость новорожденных
8	Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом	а) (число женщин, умерших в родах)/ (число родов) х

		<p>100000</p> <p>b) (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/(число родившихся живыми) x 100000</p> <p>с) (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/(число родившихся живыми и мертвыми) x 100000</p> <p>d) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/(число родившихся живыми и мертвыми) x 100000</p>
9	Летальность новорожденных при родовой травме определяется	<p>a) (число детей, умерших от родовой травмы)/(число родившихся живыми) x 100</p> <p>b) абсолютное число детей, умерших от родовой травмы</p> <p>с) (число детей, умерших от родовой травмы)/(число детей, страдающих родовой травмой) x 100</p> <p>d) (число умерших детей в первые 7суток)/(число родившихся живыми) x 1000</p>
10	В структуре причин перинатальной смертности в России первое место обычно занимает	<p>a) гемолитическая болезнь новорожденного</p> <p>b) родовая травма</p> <p>с) врожденный порок развития</p> <p>d) асфиксия</p>
11	Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие органы медицинской статистики - это	<p>a) статистический талон для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у)</p> <p>b) отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1</p> <p>с) отчет по форме 32</p> <p>d) журнал госпитализации</p>
12	Понятие перинатальная смертность означает	<p>a) потеря плода "вокруг родов" - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде</p> <p>b) смерть ребенка в родах</p> <p>с) антенатальная гибель плода</p> <p>d) мертворождаемость</p>
13	Осмотр терапевтом женщин при физиологически	a) при первой явке и в 36

	протекающей	<p>недель беременности</p> <p>b) при первой явке и в 32 недели беременности</p> <p>c) при первой явке и перед родами</p> <p>d) при первой явке и в 30 недель беременности</p>
14	Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом	<p>a) (число мертворожденных число умерших в первые 168 ч после рождения)/(число родившихся живыми) x 1000</p> <p>b) (число мертворожденных)/(число родов) x 1000</p> <p>c) (число умерших интранатально)/(число родившихся мертвыми) x 1000</p> <p>d) (число мертворожденных число умерших в первые 168 ч после рождения)/(число родившихся живыми и мертвыми) x 1000</p>
15	Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин проводится чаще всего путем	<p>a) лабораторного обследования; сбора анамнеза; консультации психолога</p> <p>b) лабораторного обследования; сбора анамнеза; патронажа;</p> <p>c) лабораторного обследования; сбора анамнеза; оценки пренатальных факторов риска (в баллах)</p> <p>d) лабораторного обследования; патронажа; консультации</p>
16	Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится	<p>a) справки, выданной юристом</p> <p>b) справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации</p> <p>c) индивидуальной карты беременности</p> <p>d) обменной карты родильного дома, родильного отделения</p>
17	Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило	<p>a) в проведении периодических медицинских осмотров</p> <p>b) в охвате профилактическими осмотрами неработающих</p> <p>c) в обследовании и наблюдении беременных женщин</p>

		d) в диспансеризации гинекологических больных
18	Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности, как правило, имеет	a) антенатальная смертность b) ранняя неонатальная смертность c) интранатальная смертность d) постнеонатальная смертность
19	Основным критерием живорождения является	a) наличие сердцебиения b) масса плода 1000 г и более c) наличие самостоятельного дыхания d) рост плода 35 см и более
20	Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков)	a) Не менее 6 b) 4 c) 5 d) 8 и более
21	Как правильно рассчитать показатель материнской летальности, например, от эклампсии	a) (число женщин, умерших от эклампсии)/ (общее число родов) x 10000 b) (число женщин, умерших от эклампсии)/(общее число женщин, умерших от всех причин) x 1000 c) (число женщин, умерших от эклампсии)/(общее число женщин, умерших от всех причин) x 100 d) (число женщин, умерших от эклампсии)/(число родившихся живыми) x 100000
22	Наиболее ценным среди мероприятий по снижению перинатальной смертности является	a) своевременное решение вопроса о возможности сохранения беременности b) своевременная диагностика хронической гипоксии плода c) проведение анализа причин перинатальной смертности d) улучшение санитарно-просветительной работы с беременными
23	Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается обычно	a) На 25 коек b) На 20 коек c) На 15 коек d) На 1000 родов
24	Осмотр стоматологом женщин при физиологически протекающей беременности должен проводиться	a) при первой явке; в 32 недели беременности b) при первой явке; после первого осмотра по показаниям c) при первой явке; перед родами d) при первой явке; в 30

		недель беременности
25	Документ, по которому можно, вероятнее всего, проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин	а) выписка из стационара б) индивидуальная карта беременной в) статистический талон уточнения диагноза д) журнал госпитализации
26	Основная отчетная документация женской консультации	а) дневник работы врача консультации (ф. 039/у) б) книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у) в) отчет (форма № 32) д) журнал записи амбулаторных операций (ф. 069/у);
27	Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом	а) оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию б) периодических осмотров декретированных контингентов в) диспансерного наблюдения д) профилактических осмотров на предприятиях
28	Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется	а) в отделения гинекологии б) в отделения патологии беременных в) в отделения больниц по профилю патологии д) в санатории-профилактории
29	Младенческая смертность – это	а) смертность детей на первом месяце жизни б) смертность детей в возрасте до 2 лет в) смертность детей на первом году жизни д) смертность детей на первой неделе жизни
30	1 стадия дифференцировки трофобласта - это образование	а) бластоцисты б) морулы в) первичных ворсин хориона
31	В 24 недели гестационного возраста длина плода равна	а) 18 см б) 24см в) 30 см д) 12 см
32	Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается	а) На 30% б) На 40% в) На 50% д) На 10%
33	Медикаментозная профилактика плацентарной недостаточности заключается в использовании всех перечисленных препаратов, кроме	а) антиагрегантов б) антидиуретиков в) сосудорасширяющих д) спазмолитиков

34	Запоздалое созревание плаценты может приводить	а) к незрелости плода б) к преждевременной отслойке плаценты в) к перенашиванию беременности г) к преждевременным родам
35	Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет	а) 5-7 часов б) 12-14 часов в) 8-10 часов г) 2-4 часа
36	В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через	а) 20 недель б) 10 недель в) 16 недель г) 8 недель
37	При избыточном увеличении массы тела женщины во второй половине беременности, вероятнее всего, следует заподозрить	а) многоводие б) крупный плод в) гестоз г) многоплодие
38	Эмбриогенез заканчивается	а) на 8-й неделе развития плода б) на 4-й неделе развития плода в) на 6-й неделе развития плода г) на 12-й неделе развития плода
39	Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через	а) пупочную артерию б) плацентарные перегородки в) спиральные артерии г) маточную артерию
40	Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев	а) На 2 б) На 4 в) На 3 г) На 5
41	Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности	а) 16-20 недель б) 26-36 недель в) 22-24 недели г) 38-40 недель
42	В 28 недель беременности плод имеет массу тела	а) 500 г б) 1000 г в) 1400 г г) 1800 г
43	Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей, как правило, составляет	а) 5-7 ч. б) 6-8 ч. в) 10-12 ч. г) 3-5 ч.
44	Бипариетальный размер головки доношенного плода составляет	а) 11-12 см б) 7-8 см в) 9-10 см г) 13-14 см
45	Первый период физиологических родов заканчивается всегда	а) излитием околоплодных вод б) возникновением потуг в) полным раскрытием шейки матки г) через 6-8 ч от начала регулярных схваток

46	Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем	<ul style="list-style-type: none"> a) увеличение содержания эстрогенов b) снижения содержания эстрогенов c) увеличения секреции пролактина d) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
47	В 28 недель гестационного возраста длина плода равна	<ul style="list-style-type: none"> a) 35 см b) 24 см c) 30 см d) 18 см
48	Наиболее частым осложнением беременности во втором триместре является	<ul style="list-style-type: none"> a) вторичная плацентарная недостаточность b) преждевременное созревание плаценты c) запоздалое созревание плаценты d) сочетанные формы гестоза
49	При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометриальный кровоток	<ul style="list-style-type: none"> a) снижается b) возрастает c) не изменяется d) временно прекращается
50	Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается	<ul style="list-style-type: none"> a) в усилении надпочечниками плода продукции кортизола b) в снижении выработки прогестерона тканями плаценты c) в повышении продукции тиреотропного гормона у плода d) в усиленной продукции гистамина тканями плаценты
51	Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся	<ul style="list-style-type: none"> a) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода b) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения c) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов d) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения
52	Термин изоиммунизация означает	<ul style="list-style-type: none"> a) стимуляцию иммунитета b) подавление иммунитета c) образование антител d) снижение реактивности организма
53	В нашей стране за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности	<ul style="list-style-type: none"> a) 20 недель b) 22 недель c) 26 недель

		d) 28 недель
54	Ультразвуковая оценка II степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
55	Наличие децелераций на кардиотоаграмме, как правило, свидетельствует	a) о нормальном состоянии плода b) о гипоксии плода c) об инфицировании плода d) о спинномозговой грыже у плода
56	Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного	a) доношенного b) недоношенного c) передоношенного d) с внутриутробной задержкой роста
57	Если в течение 15 мин ИВЛ у новорожденного не наступило самостоятельное дыхание или не повысилось количество баллов по шкале Апгар выше 1, следует	a) внутрисердечно ввести адреналин b) начать непрямой массаж сердца c) прекратить реанимационные мероприятия d) применить краниocereбральную гипотермию (КЦГ)
58	Наименьший рост жизнеспособного плода составляет	a) 30 см b) 32 см c) 35 см d) 50 см
59	Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
60	При ведении преждевременных родов в тазовом предлежании показано применение пособия по Цовьянову	a) да b) нет c) только при чисто ягодичном предлежании d) при ножном предлежании
61	При гипоксии плода ацидоз плазмы крови	a) нарастает b) снижается c) существенно не изменяется d) изменяется также как в эритроцитах
62	У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через	a) 60 с b) 90 с c) 120 с d) 5 мин после рождения
63	Концентрация α -фетопротеина повышается	a) при нормальном развитии плода b) при дефектах развития нервной трубки плода c) при пороках развития почек плода d) при пороках развития матки

64	Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет	a) 500 г b) 600 г c) 800 г d) 1000 г
65	Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна	a) нет b) да c) в зависимости от осложнений d) в зависимости от паритета родов
66	Ультразвуковая оценка 0 степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недели c) 34-37 недель d) 38-40 недель
67	При переносной беременности частота гестоза	a) повышается b) снижается c) не изменяется d) как в общей популяции
68	Ультразвуковая оценка I степени зрелости плаценты, как правило, соответствует сроку беременности	a) 26-29 недель b) 30-33 недель c) 34-37 недель d) 38-40 недель
69	Выделительная функция почек у плода при переносной беременности	a) повышена b) не изменена c) понижена d) как в общей популяции
70	После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет	a) 10% b) 30 % c) 50% d) 100%
71	Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании	a) всегда считается признаком гипоксии плода b) диагностического значения не имеет c) не связано с гипоксией плода d) свидетельствует о пороке развития плода
72	В системе гемостаза у переносного новорожденного происходит	a) гиперкоагуляция b) гипокоагуляция c) выраженные изменения отсутствуют d) активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено
73	Искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе может вызвать следующую родовую травму плода	a) перелом ключицы b) перелом плеча c) травму спинного мозга и/или позвоночника d) перелом ребер
74	Частота гемолитической болезни плода обычно составляет	a) 0,3-0,7% b) 3-7% c) 10% d) 15%
75	Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является	a) учащение частоты сердечных сокращений b) урежение частоты

		сердечных сокращений с) вначале учащение, а затем урежение d) в начале урежение. а затем учащение
76	Гормональная функция плаценты при переношенной беременности	a) снижена b) повышена c) не изменена d) изменяется индивидуально
77	Снижение variability базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотоаграммы	a) свидетельствует о гипоксии плода b) свидетельствует об отсутствии гипоксии плода c) не является существенным признаком d) отражает задержку развития плода
78	В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной	a) 120-160 в минуту b) 110-150 в минуту c) 100-180 в минуту d) более 200 в минуту
79	О критическом состоянии плода свидетельствует	a) однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах b) разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах c) ни то, ни другое d) и то, и другое
80	Введение раствора глюкозы используют	a) при отсутствии спонтанного дыхания b) при отсутствии сердцебиения c) на фоне адекватной ИВЛ d) ни при чем из перечисленного
81	Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют	a) глюкозу (5-10%) раствор с инсулином b) токолитики c) спазмолитики d) седативные препараты
82	Дексаметазон показан для лечения угрозы прерывания беременности при гиперандрогении следующего генеза:	a) только надпочечникового b) надпочечникового и смешанного c) яичникового d) при генитальном инфантилизме
83	У переношенного новорожденного из перечисленного не отмечается	a) увеличение окружности головки b) длинные ногти c) наличие пушковых волос d) вторичная гипотрофия
84	При истинном перенашивании беременности (плод в состоянии хронической гипоксии) целесообразна следующая тактика ведения родов:	a) родовозбуждение и родостимуляция внутривенным введением окситоцина b) во втором периоде -

		акушерские щипцы с) во втором периоде - вакуум-экстракция плода d) родоразрешение операцией кесарева сечения
85	Неблагоприятный прогноз для плода вероятен при следующих показателях:	a) тахикардия b) pH – 7,35 c) экстрасистолия d) ранние децелерации
86	Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является все, кроме:	a) нарастание титра антител b) "скачущий титр антител" c) наличие "неполных" антител d) неизменное значение титра антител
87	Зрелым легким плода соответствует отношение лецитин/сфингомиелин:	a) 1:1 b) 1:2 c) 4:1 d) 2:1
88	Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных не характеризуется:	a) гепатоспленомегалией b) анемией c) асцитом d) желтухой
89	При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:	a) чистым кислородом b) смесью 80-60% кислорода и воздуха c) гелио-кислородной смесью (1:1) d) только воздухом
90	Раствор гидрокарбоната натрия не может вызвать у новорожденного:	a) внутрижелудочковое кровоизлияние b) снижение осмотического давления плазмы крови c) некроз клеток печени d) повреждение эндотелия сосудов
91	Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода не является:	a) родовая травма ЦНС b) пороки развития сердца c) пороки развития диафрагмы d) роды в тазовом предлежании
92	Показанием к кесареву сечению не является:	a) полное предлежание плаценты b) поперечное положение плода c) тазовое предлежание плода d) выпадение петель пуповины
93	Исследование околоплодных вод во время беременности путем амниоцентеза выполняется после:	a) 8 недели беременности b) 10 недели беременности c) 12 недели беременности d) 16 недели беременности
94	Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных не определяют в крови	a) гемоглобин и количество эритроцитов b) почасовой прирост

		билирубина с) уровень мочевой кислоты d) резус-принадлежность крови
95	При наличии разнояйцевой многоплодной беременности зрелость плодов определяется	a) по массе наиболее крупного плода b) по массе наименее крупного плода c) по признакам зрелости у каждого плода отдельно d) по признакам зрелости наименее крупного плода
96	Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена	a) его массой b) его ростом c) гестационным возрастом новорожденного d) степенью незрелости новорожденного
97	Признаками гипоксии плода на кардиотахограмме не являются	a) снижение вариабельности частоты сердечных сокращений b) поздние децелерации c) брадикардия d) ранние децелерации
98	Из средств, влияющих на реокоагуляционные свойства крови, для лечения плацентарной недостаточности не применяют	a) трентал b) курантил c) дексаметазон d) но-шпу
99	Наиболее частыми причинами позднего выкидыша не является:	a) истмико-цервикальная недостаточность b) плацентарная недостаточность c) хромосомные аномалии плода d) низкая плацентация
100	Особенности ведения родов при перенашивании беременности не будут включать:	a) при тазовом предлежании плода - поворот на головку b) амниотомия и родовозбуждение c) своевременная диагностика клинически узкого таза d) применение спазмолитиков
Тема: Патологическое акушерство		
101	Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается	a) в теле матки b) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев c) в нижнем сегменте матки d) по задней стенке матки
102	Развитию низкой плацентации не способствуют следующие изменения	a) воспалительные b) дистрофические c) пролиферативные d) рубцовые
103	При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и	a) путем кесарева сечения b) через естественные

	открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано	родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией с) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции d) произвести поворот на ножку плода
104	Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно появление	a) болей в животе b) полиурии c) анемии d) асимметрии матки
105	При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование	a) в зависимости от кровопотери b) в зависимости от состояния родильницы c) обязательно d) не обязательно
106	Третья стадия геморрагического шока (необратимый шок) развивается	a) вслед за децентрализацией кровообращения b) вслед за централизацией кровообращения
107	Для полного истинного приращения плаценты характерно	a) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода b) сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода c) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде d) несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
108	Низкое центральное венозное давление, как правило, свидетельствует	a) угроза отека легких b) повышение ОЦК c) снижение ОЦК d) гипотонии
109	Для острой формы ДВС-синдрома не характерна фаза:	a) гипокоагуляции b) скоротечной гиперкоагуляции c) коагулопатии потребления d) длительно существующей гиперкоагуляции
110	Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева	a) на 5-6 см b) на 11-12 см c) на 9-10 см d) на 7-8 см
111	Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно	a) радиоизотопную сцинтиграфию b) ультразвуковое сканирование c) тепловидение d) доплерографию
112	У повторно беременной первородящей с неполным	a) применение токолитиков

	предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса	b) ранняя амниотомия и родовозбуждение c) ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков d) Кесарево сечение
113	Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести	a) Кесарево сечение b) родовозбуждение c) раннюю амниотомию d) токолиз
114	Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации	a) внутреннее акушерское исследование b) наружное акушерское исследование c) ультразвуковое сканирование d) кольпоскопия
115	Прогноз развития шеечно-перешеечной беременности, как правило	a) значительно чаще прерывается во второй половине беременности b) значительно чаще прерывается в первой половине беременности c) одинаково часто прерывается и в первой и во второй половинах беременности d) прерывание беременности наступает только во время операции медаборта
116	При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило	a) в базальный слой слизистой оболочки b) в спонгиозный слой слизистой оболочки c) в компактный слой слизистой оболочки d) в миометрий
117	При кровопотере, равной 20-25% от ОЦК, шоковый индекс обычно	a) 0,6 b) 0,8 c) 1,0 d) 1,2
118	Ингибитором гепарина является	a) протамина-сульфат b) антитромбин-III c) фибринолизин d) аспирин
119	Факторами, обуславливающими "миграцию" плаценты, являются	a) растяжения нижнего сегмента матки b) перемещения ворсин хориона по базальной мембране матки c) перемещения слоев миометрия в процессе беременности d) атрофии нижней части плаценты
120	Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании	a) сопутствующая экстрагенитальная патология

		<p>b) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)</p> <p>c) предлежание плода (головное, тазовое)</p> <p>d) разновидность предлежания (полное, неполное)</p>
121	При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика	<p>a) экстирпация матки</p> <p>b) повторное применение препаратов утеротонического действия</p> <p>c) надвлагалищная ампутация матки</p> <p>d) применение простенона в толщу миометрия</p>
122	Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется	<p>a) длительной гипотонией</p> <p>b) сильными болями внизу живота</p> <p>c) обильным кровотечением</p> <p>d) гибелью плода</p>
123	Ретракция кровяного сгустка в норме равна	<p>a) 1-21%</p> <p>b) 22-43%</p> <p>c) 44-65%</p> <p>d) 66-87%</p>
124	"Миграция" плаценты происходит наиболее часто, если плацента	<p>a) передней</p> <p>b) задней</p> <p>c) правой</p> <p>d) левой</p>
125	Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально	<p>a) ранний токсикоз беременных</p> <p>b) поздний гестоз</p> <p>c) диабет</p> <p>d) пороки развития матки</p>
126	Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует	<p>a) произвести кесарево сечение</p> <p>b) наложить акушерские щипцы</p> <p>c) применить вакуум-экстракцию плода</p> <p>d) Продолжить вести роды консервативно под тщательным наблюдением за состоянием плода</p>
127	При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической	<p>a) внутримышечное введение питуитрина</p> <p>b) одномоментное внутривенное введение окситоцина</p> <p>c) капельное внутривенное введение метилэргометрина</p> <p>d) ручное отделение плаценты</p>
128	Шоковый индекс - это	<p>a) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД</p>

		<p>b) частное от деления частоты пульса на показатель систолического</p> <p>c) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса</p> <p>d) Частное от деления систолического давления на диастолическое</p>
129	Критическим уровнем систолического артериального давления	<p>a) 60 мм.рт.ст.</p> <p>b) 50 мм.рт.ст.</p> <p>c) 70 мм.рт.ст.</p> <p>d) 80 мм.рт.ст.</p>
130	При лечении гепарином родильницы с ДВС-синдромом необходимо обязательное назначение	<p>a) инфузии свежемороженой плазмы</p> <p>b) аспирина 0.5 г x 2-3 раза в день</p> <p>c) аспирина по 1/4 таблетки x 2-3 раза в день</p> <p>d) транексама</p>
131	При позднем гестозе III степени не отмечаются следующие изменения	<p>a) увеличения содержания натрия и уменьшения содержания калия</p> <p>b) уменьшения содержания натрия и увеличения содержания калия</p> <p>c) уменьшения содержания калия в эритроцитах</p> <p>d) верно a) и c)</p>
132	При эклампсии содержание простагландинов плодового происхождения	<p>a) повышено</p> <p>b) снижено</p> <p>c) существенно не изменено</p> <p>d) значительно повышено</p>
133	Проницаемость сосудистой стенки при позднем гестозе	<p>a) повышено</p> <p>b) снижено</p> <p>c) существенно не изменено</p> <p>d) значительно повышено</p>
134	Острый жировой гепатоз при беременности чаще всего является следствием	<p>a) острого холецистита</p> <p>b) острого панкреатита</p> <p>c) тяжелого течения позднего гестоза</p> <p>d) верно a) и c)</p>
135	Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД - 150/100 мм рт. ст. Предполагаемая масса плода - 1500 г. Пастозность лица и голеней. Белок в моче – 0,66%. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Правильная врачебная тактика:	<p>a) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2</p> <p>b) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4</p> <p>c) начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов</p> <p>d) родоразрешение путем операции кесарева сечения</p>
136	Для хронического гломерулонефрита в отличие от хронического пиелонефрита (у беременных) не характерно перечисленное:	<p>a) микрогематурия</p> <p>b) снижение клубочковой фильтрации</p>

		с) цилиндрурия d) пиурия
137	Выраженные изменения на глазном дне наиболее характерны:	a) для гипертонической болезни b) для водянки беременных c) для почечнокаменной болезни d) для поликистоза почек
138	Для профилактики развития позднего гестоза у женщины с массой тела 70 кг рекомендуется а сутки углеводов:	a) 200-300 г b) 350-400 г c) 500-600 г d) 100-150 г
139	Применение гепарина показано при лечении беременных:	a) с эклампсией b) с преэклампсией c) с плацентарной недостаточностью на фоне позднего гестоза d) верно а) и с)
140	Величина весо-ростового коэффициента (ВРК), равная 40%, при беременности соответствует конституции:	a) гипостенической b) нормостенической c) гиперстенической d) ожирению II степени
141	Применение диуретических препаратов для лечения больных с поздним	a) при анурии b) при высокой гипертензии (180/100 мм рт. ст. и выше) c) при тромбозе d) при всем перечисленном
142	При назначении лечения беременной с поздним гестозом не учитывают	a) срок беременности b) состояние матери и плода c) длительность течения позднего гестоза d) наличие страхового полиса
143	Поздний гестоз - это осложнение, возникающее	a) только во время беременности b) при высоком содержании в организме пролактина и тромбксана c) при хориокарциноме d) при всем перечисленном
144	При лечении беременной с поздним гестозом суточную дозу гепарина рассчитывают следующим образом: на 1 кг массы тела женщины необходимо гепарина:	a) 350 ЕД b) 1 тыс. ЕД c) 3 тыс. ЕД d) 5 тыс. ЕД
145	При позднем гестозе имеет место	a) гиперкоагуляция b) дегидратация тканей c) возрастание количества тромбоцитов; d) повышение эластичности мембраны эритроцитов
146	Вопрос об акушерской тактике при интенсивной терапии тяжелых форм гестоза	a) в течение нескольких часов; b) в течение 1 сут; c) в течение 3 сут; d) в течение 7 сут
147	Простациклины на тромбоциты влияют следующим образом	a) повышают агрегацию b) снижают агрегацию

		<p>с) верно и то, и другое</p> <p>d) не верно ни то, ни другое</p>
148	Диурез при "чистом" позднем гестозе беременных, главным образом	<p>a) от канальцевой реабсорбции</p> <p>b) от изменений почечной паренхимы</p> <p>c) от клубочковой фильтрации</p> <p>d) верно a) и c)</p>
149	К патогенетическим механизмам позднего гестоза относятся	<p>a) гиперволемиа</p> <p>b) гиповолемиа</p> <p>c) и то, и другое</p> <p>d) ни то, ни другое</p>
150	Для острого жирового гепатоза не характерно перечисленное:	<p>a) резкого повышения содержания трансаминаз крови (АЛТ, АСТ)</p> <p>b) гипопроteinемии</p> <p>c) гипербилирубинемии</p> <p>d) выраженной изжоги</p>
151	Беременность 37 недель. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо	<p>a) пролонгировать беременность на 1-2 недели</p> <p>b) начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов</p> <p>c) провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре</p> <p>d) произвести родоразрешение путем кесарева сечения</p>
152	Удельный вес мочи при гестационном пиелонефрите, как правило:	<p>a) повышен</p> <p>b) снижен</p> <p>c) не изменен</p> <p>d) значительно снижен</p>
153	Гипертрофия и признаки перегрузки левого желудочка наиболее характерны	<p>a) для гипертонической болезни</p> <p>b) для водянки беременных</p> <p>c) для гломерулонефрита</p> <p>d) для пиелонефрита</p>
154	При тяжелой преэклампсии следует	<p>a) срочно произвести родоразрешение</p> <p>b) срочно произвести гемотрансфузию</p> <p>c) немедленно произвести плазмаферез</p> <p>d) подготовить к родоразрешению через 2-3 дня</p>
155	Критерием тяжести позднего гестоза не является:	<p>a) длительность заболевания</p> <p>b) количество околоплодных вод</p> <p>c) неэффективность проводимой терапии</p> <p>d) синдром задержки развития плода</p>
156	Осложнением эклампсии не является:	<p>a) острая почечная</p>

		<p>недостаточность</p> <p>b) гибель плода</p> <p>c) первичная слабость родовой деятельности</p> <p>d) маточно-плацентарная апоплексия</p>
157	Начало развития гестоза при его легком течении, как правило, имеет	<p>a) в 20-22 недели</p> <p>b) в 26-28 недель</p> <p>c) в 30-32 недели</p> <p>d) в 35-36 недель</p>
158	Для гестоза не характерно:	<p>a) гипертензия</p> <p>b) снижение активности АСТ и АЛТ</p> <p>c) гипотрофия плода</p> <p>d) протеинурия</p>
159	Какие формы экстрагенитальной патологии не являются факторами риска	<p>a) артериальная гипертензия</p> <p>b) пиелонефрит</p> <p>c) язвенная болезнь желудка</p> <p>d) сахарный диабет</p>
160	Пусковые моменты развития гестоза не являются:	<p>a) нарушение иммунологической толерантности матери против</p> <p>b) недостаточное образование в плаценте цитокинов с иммунодепрессорным действием</p> <p>c) избыточное образование в плаценте цитокинов с иммунодепрессорным действием</p> <p>d) нарушение инвазии цитотрофобласта в децидуальную оболочку</p>
161	Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению	<p>a) все размеры уменьшены на 0,5-1 см</p> <p>b) хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см</p> <p>c) все размеры уменьшены на 1,5-2 см</p> <p>d) хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см</p>
162	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	<p>a) простого плоского</p> <p>b) плоско-рахитического</p> <p>c) общеравномерно-суженного</p> <p>d) поперечносуженного</p>
163	Если анатомически узкий таз сочетается с передне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести	<p>a) со стимуляцией окситоцином</p> <p>b) со спазмолитиками</p> <p>c) в зависимости от формы анатомически узкого таза</p> <p>d) в зависимости от роста роженицы</p>
164	При поперечном положении плода и открытии шейки	<p>a) произвести наружный</p>

	матки на 6 см следует	поворот плода на головку b) предоставить сон-отдых на 1-2 часа c) ввести спазмолитики d) произвести кесарево сечение
165	Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью	a) малому косому размеру b) среднему косому размеру c) большому косому размеру d) прямому размеру
166	В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является	a) подъязычная кость b) верхняя челюсть c) подзатылочная ямка d) переносица
167	При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз, как правило, имеет место	a) при чисто ягодичном предлежании b) при ножном предлежании c) при смешанном ягодичном предлежании d) при разогнутой головке плода
168	При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения	a) амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина b) кесарево сечение в плановом порядке c) роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец d) роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков
169	Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим	a) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит b) другая ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища c) предлежат ножки плода вместе с ягодицами d) предлежат только ножки плода
170	Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют	a) ультразвуковое исследование b) рентгенологическое исследование c) радиоизотопную сцинтиграфию d) анализ крови на β -ХГЧ
171	Дистоция шейки матки - это	a) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера b) ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера

		<p>с) нарушение крово- и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки</p> <p>d) отсутствие эффекта от родовозбуждения</p>
172	К основным факторам рождения крупного плода следует отнести	<p>a) сахарный диабет</p> <p>b) артериальную гипотонию</p> <p>c) резус-сенсбилизацию</p> <p>d) поздний возраст беременной</p>
173	С целью токолиза применяют:	<p>a) окситоцин</p> <p>b) миропристон</p> <p>c) дротаверин</p> <p>d) гинипрал</p>
174	Правильным членорасположением плода является:	<p>a) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>b) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>c) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто</p> <p>d) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных суставах и коленных</p>
175	Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные	<p>a) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером</p> <p>b) первый момент – сгибание головки</p> <p>c) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками</p> <p>d) точка фиксации у нижнего края лобковой дуги – надпереносье</p>
176	Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:	<p>a) асинклитическое вставление</p> <p>b) расположение стреловидного шва в косом размере плоскости входа</p> <p>c) разгибание головки во входе в малый таз</p> <p>d) максимальное сгибание головки</p>
177	Для родов при I степени клинически узкого таза	a) биомеханизм родов

	(относительное несоответствие) не	соответствует форме таза b) длительность родового акта больше обычной c) симптом Вастена отрицательный d) прекращение мочеиспускания
178	Функциональную оценку таза следует проводить	a) в I периоде родов b) во II периоде родов c) после излития околоплодных вод d) период родов значения не имеет
179	Запущенное поперечное положение плода - это такая акушерская ситуация, которую не характеризует:	a) выпадение ручки плода b) вколачивание в таз плечика плода c) отхождение вод d) выпадение петель пуповины
180	При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее долихоцефалическая ("башенная") конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании	a) затылочном, задний вид b) переднеголовном c) лобном d) лицевом
181	Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. Ст., пульс 90 в 1 мин, температура тела 37с. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом "зрачка" отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с	a) дисфункциональное маточное кровотечение b) нарушенная внематочная беременность c) воспаление придатков матки d) неполный аборт
182	При операции извлечения плода за паховый сгиб палец акушера вводят	a) в передний паховый сгиб b) в задний паховый сгиб c) принципиального значения не имеет d) зависит от нахождения ягодиц в той или иной плоскости малого таза
183	Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования угрожающего выкидыша:	a) шейка сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения серозные b) шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь c) шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения

		d) шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения слизистые
184	Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования начавшегося выкидыша:	а) шейка сохранена, размягчена, выделения из половых путей кровянистые, умеренные б) шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь в) шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения д) шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения слизистые
185	Наложение акушерских щипцов с целью выключения 2 периода родов производится:	а) без обезболивания б) под интубационным наркозом в) под внутривенным обезболиванием г) под местным обезболиванием
186	В настоящее время чаще выполняется:	а) корпоральное кесарево сечение б) кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте в) экстраперитонеальное кесарево сечение г) Т-образный разрез на матке
187	При выведении последующей головки по методу Мориссо-Левре не производится:	а) сгибания головки плода б) коррекции вида плода в) тракций г) заведение указательного пальца в ротовую полость плода
188	Об острой внутриутробной асфиксии плода свидетельствует:	а) мутные с неприятным запахом околоплодные воды б) появление в околоплодных водах мекония в) многоводие г) маловодие
189	После рождения первого плода массой 2200 в матке обнаружен второй в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 в минуту, воды второго плода не изливались. Определите акушерскую тактику:	а) выполнение комбинированного акушерского поворота б) амниотомия и выжидательное ведение родового акта в) абдоминальное

		завершение родов d) амниотомия, родостимуляция
190	При клинически узком тазе показано:	a) наложение акушерских щипцов b) родостимуляция c) кесарево сечение d) вакуум-экстракция плода
191	Для профилактики тромбоэмболических осложнений после неосложненной операции кесарева сечения молодой соматически здоровой женщине назначается:	a) длительный постельный режим b) массивная гепаринотерапия c) ранняя активизация в послеоперационном периоде d) эластическая компрессия нижних конечностей в послеоперационном периоде
192	При разрыве промежности II степени не происходит	a) нарушения задней спайки b) повреждения стенок влагалища c) повреждения мышц промежности d) повреждения наружного сфинктера прямой кишки
193	Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием	a) болезненности нижнего сегмента матки b) сильной родовой деятельности c) затруднения мочеиспускания d) отека шейки матки
194	Для клинической картины разрыва шейки матки характерно:	a) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей b) гипотония матки c) ДВС-синдром d) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке
195	Симптомом угрозы разрыва промежности не является:	a) выпячивание промежности b) цианоз или побледнение промежности c) отек промежности d) опалесцирующая поверхность промежности
196	Органосохраняющая операция при разрыве матки невозможна:	a) при линейной небольшой ране на матке b) при наличии мертвого плода c) при обширной разможенной ране на матке d) при кровопотере более 1000 мл
197	При длительном стоянии головки плода в одной	a) разрыв крестцово-

	плоскости малого таза наиболее возможно:	<p>подвздошного сочленения</p> <p>b) образование пузырно-влагалищного свища</p> <p>c) разрыв шейки матки</p> <p>d) формирование хронической кишечной непроходимости</p>
198	Об угрожающем разрыве матки не свидетельствует:	<p>a) отсутствие нарушения сократительной деятельности матки</p> <p>b) матка в форме песочных часов</p> <p>c) перерастянутый и истонченный нижний маточный сегмент</p> <p>d) жалобы на локальную болезненность в области рубца</p>
199	Органосохраняющая операция при разрыве матки возможна:	<p>a) при линейной ране в теле матки</p> <p>b) при отрыве матки от сводов</p> <p>c) при обширной разможенной ране на матке</p> <p>d) при матке Кювелера</p>
200	Разрыв влагалища чаще бывает при:	<p>a) преждевременных родах</p> <p>b) перенесенном кольпите</p> <p>c) у многорожавших</p> <p>d) при ожирении</p>

Вопросы

1. Структура роддома и женской консультации
2. Правовые аспекты оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
3. Периоды родов
4. Таз с акушерской точки зрения
5. Размеры головки плода Биомеханизм родов в головном предлежании
6. Биомеханизм родов в тазовом предлежании
7. Акушерское пособие по Цовьянову 1
8. Акушерское пособие по Цовьянову 2
9. Освобождение головки, прием Мориссо-Левре
10. Профилактика родового травматизма при тазовом предлежании
11. Признаки отделения последа
12. Показания к операции кесарева сечения при беременности
13. Методика операции кесарева сечения
14. Условия для выполнения операции кесарева сечения
15. Показания к расширению объема операции
16. Интраоперационные осложнения (профилактика и методы устранения)
17. Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений
18. Что такое преждевременные роды.
19. Какие клинические признаки недоношенного плода.
20. Каковы особенности ведения преждевременных родов.
21. Что такое шкала Сильвермана.
22. Каковы причины преждевременного прерывания беременности
23. Тактика врача при появлении признаков преждевременного прерывания беременности.
24. Классификация нарушений сократительной деятельности матки: слабость родовой деятельности (первичная и вторичная), бурная родовая деятельность, дискоординированная родовая деятельность.
25. Этиология, клиническая картина, диагностика, лечение и ведение родов при данной патологии.
26. Осложнения для матери и плода. Профилактика аномалий родовой деятельности.
27. Понятие о патологическом прелиминарном периоде, тактика ведения беременных.
28. Показания к кесареву сечению при аномалиях сократительной деятельности матки.
29. Особенности течения родов у возрастных первородящих.
30. Этиопатогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. (причины, зависящие от организма матери и плода).

31. Клиника ПОНРП
32. Лечение ПОНРП
33. Профилактика ПОНРП
34. Диагностика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
35. Клиника кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
36. Лечение кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
37. Профилактика кровотечений при полипах и эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки
38. Разрывы наружных половых органов, промежности, клитора.
39. Методика зашивания промежности, клитора в соответствии с данными анатомии (венозное, вестибулярное сплетение, пещеристые тела).
40. Разрывы шейки матки, влагетища, гематомы.
41. Определение степени разрыва шейки матки.
42. Особенности зашивания шейки матки при III степени разрыва.
43. Разрывы влагетища. Локализация.
44. Разрывы матки во время беременности.
45. Разрывы матки в родах.
46. Классификация разрыва матки.
47. Клиника угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки.
48. Предрасполагающие факторы разрыва лонного сочленения.
49. Симптоматика разрыва лонного сочленения.
50. Методы диагностики разрыва лонного сочленения.
51. Современные методы лечения разрыва лонного сочленения.
52. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента - плод
53. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет:
54. Сочетание групповой и резус-сенсбилизации в материнском организме для плода
55. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности
56. Сущность гемолитической болезни у плода
57. Структура родильного дома и его отделений; структура женской консультации. Приказы № № 1230, 520, 50, 323 Ф3, 572н.
58. Понятие об особенностях приема беременных и рожениц.
59. Оформление медицинской документации.

60. Этапы обследования беременных, методы диагностики беременности.
61. Анатомия женского таза, головки плода, акушерская терминология.
62. Измерение таза, влагалищное исследование.
63. Оценка состояния плода во время беременности по данным дополнительных методов исследования (УЗИ, кардиотокограмма).
64. Биомеханизм рождения плода при переднем и заднем видах затылочного предлежания.
65. Воспроизводство на фантоме биомеханизма родов в головном предлежании.
66. Тактика ведения нормальных родов, определение периода раскрытия, периода изгнания, ручное пособие при головном предлежании.
67. Базовый протокол ведения родов.
68. Причины образования тазового предлежания.
69. Виды тазового предлежания. Диагностика тазового предлежания.
70. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.
71. Особенности течения и ведения родов в тазовом предлежании, осложнения для матери и плода.
72. Крупный плод. Этиология и предрасполагающие факторы. Группы риска.
73. Крупный плод. Клиника. Дифференциальная диагностика.
74. Течение беременности. Возможные осложнения при беременности крупным плодом.
 4. Тактика ведения беременности при крупном плоде
75. Методы прерывания беременности ранних сроков, их характеристика. Противопоказания. Возможные осложнения. Профилактика.
76. Внебольничный аборт. Причины, классификация. Диагностика. Тактика врача.
77. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки.
78. Возможные осложнения при прерывании беременности поздних сроков Обезболивание.
79. Показания к прерыванию беременности в поздние сроки.
80. Профилактика осложнений. Реабилитация.