

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «АКУШЕРСТВО»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок освоения ОПОП: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Вводная. Акушерство как наука. Основные показатели службы. Программа «Безопасное материнство». Половой цикл. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Норма беременности.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Физиологические роды. Управление родовым актом. Аномалии родовой деятельности. Перинатальная охрана плода.. Роль женской консультации.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Невынашивание и перенашивание беременности. Экстрагенитальные заболевания и беременность. Преэклампсия.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах Узкий таз в современном акушерстве..Разрыв матки.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Кесарево сечение в современном акушерстве. Планирование семьи. Методы контрацепции.	ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор	Пятибалльная шкала оценивания

			тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.	
--	--	--	---	--

2 Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- написание рефератов, (презентаций);
- решение ситуационных задач;
- курация больного/разбор тематического разбора тематического больного
- разбор истории болезни.

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся различными. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1.

1. Важную роль в регуляции менструального цикла играют

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) гипоталамо-гипофизарная система | 3) щитовидная железа |
| 2) поджелудочная железа | 4) паращитовидные железы |

2. Срок наступления овуляции при 28-дневном менструальном цикле

- | | |
|---------------|---------------|
| 1) 20-22 день | 3) 12-14 день |
| 2) 8-10 день | 4) 3-5 день |

3. В первую фазу менструального цикла в яичнике вырабатывается гормон

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) прогестерон | 3) тестостерон |
| 2) фолликулин | 4) панкреатин |

4. Во вторую фазу менструального цикла в яичнике образуется железа внутренней секреции

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1) желтое тело | 3) предстательная |
| 2) поджелудочная | 4) щитовидная |

5. В желтом теле образуется гормон

- | | |
|--------------|----------------|
| 1) окситоцин | 3) фолликулин |
| 2) синестрол | 4) прогестерон |

6. Созревание и развитие желтого тела идет

под действием гормона гипофиза

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1) фолликулостимулирующего | 3) адено-кортикотропного |
| 2) фолликулина | 4) пролактина |

7. В матке фаза секреции идет под действием гормона яичника

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1) фолликулина | 3) прогестерона |
| 2) синестрола | 4) тестотерона |

8. Мужские половые гормоны

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) тестостерон | 3) прогестерон |
| 2) тиреоидин | 4) инсулин |

9. Состав тазовой кости

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1) крестец | 3) копчик |
| 2) крестцовый мыс | 4) лонная кость |

10. Акушерская конъюгата равна (в см)

- | | |
|-------|-------|
| 1) 20 | |
| 2) 15 | 4) 13 |
| 3) 11 | |

1. 1	2. 3	3. 2	4. 1	5. 4	6. 4	7. 3
8. 1	9. 4	10. 3				

Тема 2

1. Акушерская конъюгата — это расстояние

- 1) от крестцового мыса до нижнего края симфиза
- 2) от крестцового мыса до выступающей точки внутренней поверхности симфиза +
- 3) от крестцового мыса до верхнего края симфиза
- 4) от крестцово-копчикового сочленения до нижнего края симфиза

2. Нормальные размеры женского таза (в см):

- 1) 22-25-28-18
- 2) 20-23-25-17
- 3) 25-28-31-20
- 4) 28-29-32-15

3. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) опускание предлежащей части в малый таз
- 2) болезненные схватки
- 3) внутренний поворот головки
- 4) полное раскрытие шейки матки+
- 5) рождение плода

4. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК РОДОВ, ЕСЛИ 1-Й ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ - 10 ЯНВАРЯ:

- 1) 6 сентября
- 2) 17 октября
- 3) 11 ноября
- 4) 21 декабря
- 5) 3 октября

5. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) отсутствие менструации

- 2) увеличение размеров матки
- 3) диспепсические нарушения
- 4) наличие плода в матке+
- 5) увеличение живота

6. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- 1) изменение базальной температуры
- 2) определение уровня ХГ в моче
- 3) УЗИ-исследование
- 4) динамическое наблюдение
- 5) всё выше перечисленное

7. ДЛЯ НАЧАЛА РОДОВОГО АКТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) сглаживание и раскрытие шейки матки
- 2) регулярная родовая деятельность
- 3) излитие околоплодных вод
- 4) формирование и внедрение плодного пузыря в шейку
- 5) прижатие предлежащей части ко входу в малый таз

8. ПРИЗНАКОМ РАЗВИВШЕЙСЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) излитие вод
- 2) нарастающие боли в животе
- 3) появление потуг
- 4) укорочение и раскрытие шейки матки
- 5) боли в надлобковой и поясничной области

9. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) краснуха
- 2) туберкулёз
- 3) ветряная оспа
- 4) инфекционный гепатит

10. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕТСЯ:

- 1) по частоте и продолжительности схваток
- 2) по длительности родов
- 3) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
- 4) по состоянию плода
- 5) по времени излития околоплодных вод

1. 3	2. 4	3. 4	4. 5		
5. 3	6. 4	7. 1	8. 3	9. 5	10. 4

Тема 3

1. ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ ПРОИЗВОДИТСЯ:

- 1) при поступлении роженицы в стационар
- 2) перед назначением родостимуляции
- 3) при появлении кровянистых выделений
- 4) при излитии вод
- 5) при всех вышеуказанных ситуациях

2. К СПОСОБАМ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ:

- 1) метод Абуладзе
- 2) потягивание за пуповину
- 3) метод Креде-Лазаревича
- 4) ручное отделение и выделение последа

3. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) аускультация
- 2) кардиотокография
- 3) ультразвуковое исследование
- 4) гормональное
- 5) всё выше перечисленное

4. Масса недоношенного плода (в граммах)

- 1) 2700
- 2) 2600
- 3) 5300
- 4) до 2500

5. При многоплодной беременности однайцовые близнецы развиваются в результате

- 1) оплодотворения двух яйцеклеток
- 2) созревания двух фолликулов
- 3) полного разделения зиготы
- 4) овуляции в двух яичниках

6. При многоплодной беременности наиболее грозным осложнением является

- 1) многоводие
- 2) сцепление близнецов головками
- 3) слабость родовой деятельности
- 4) малый вес плода

7. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ СИМПТОМОМ ГЕСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) альбуминурия 1г/л
- 2) патологическая прибавка веса
- 3) гипертензия 150/95 мм ртст
- 4) боли в эпигастральной области
- 5) генерализованные отёки

8. НАЧАВШИЙСЯ АБОРТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) болями внизу живота
- 2) кровянистыми выделениями
- 3) признаками размягчения и укорочения шейки матки
- 4) отхождение элементов плодного яйца
- 5) изменение размеров матки

9. ТЯЖЕСТЬ ГЕСТОЗА 1-Й ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) потерей массы тела
- 2) ацетонурией
- 3) субфебрилитетом
- 4) головной болью
- 5) боли внизу живота

10. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМАХ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- 1) уменьшение гиповолемии
- 2) улучшение реологических свойств крови
- 3) нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах
- 4) лечение гипоксии плода
- 5) всё выше перечисленное

1. 3	2. 5	3. 4	4. 5		
5. 4	6. 2	7. 2	8. 4	9. 2	10. 2

Тема 3

1. Преждевременные роды — это роды на сроке (в неделях)

- 1) 22-38;
- 2) 28-35;
- 3) 22-32;
- 4) 30-35

2. Масса недоношенного плода (в граммах)

1) 2700

3) 5300

2) 2600

4) до 2500

3. При многоплодной беременности однойцовые близнецы развиваются в результате

1) оплодотворения двух яйцеклеток

2) созревания двух фолликулов

3) полного разделения зиготы+

4) овуляции в двух яичниках

4. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:

1. гипотония матки;

2. нарушение процесса свертывания крови;

3. задержка остатков плацентарной ткани в полости матки;

4. аномалии прикрепления и отделения плаценты.

5. травма мягких тканей родовых путей;

6. все вышеперечисленное;

5. В каких из указанных случаев травма матки должна быть ушита:

1. разрыв матки в родах по ребру с переходом на шейку матки;

2. в разрыв вовлечен сосудистый пучок;

3. перфорация во время криминального аборта;

4. перфорация кюреткой дна матки во время медицинского аборта;

5. разрыв по передней стенке матки без повреждения сосудистого пучка;

6. разрыв по передней стенке матки без повреждения сосудистого пучка, эдотрит;

7. пункты 5, 6

6. Запоздалые роды подтверждают следующие признаки, кроме:

1. околоплодные воды окрашены меконием;

2. широкие швы и роднички головки плода;

3. плотные кости черепа плода;

4. малое количество смазки, мацерация кожи у плода;

5. множественные кальцинаты на плаценте;

6. низкое расположение пупочного кольца у плода;

7. пункты 2, 6.

7. Влияние позднего гестоза на плод:

1. Хроническая гипоксия

2. Гипотрофия

3. Недоношенность, незрелость

4. Антенатальная смерть

5. Пороки развития

8. Прием оральных контрацептивов ведет к

1. повышению кортизола в плазме

2. повышению пролактина в плазме

3. повышению тироксина в плазме

4. повышению липопротеидов низкой плотности

5. повышению холестерина и триглицеридов

9. Прием оральных контрацептивов ведет к

1. повышению кортизола в плазме

2. повышению пролактина в плазме

3. повышению тироксина в плазме

4. повышению липопротеидов низкой плотности

5. повышению холестерина и триглицеридов

10. Влияние позднего гестоза на плод:

1. Хроническая гипоксия

2. Гипотрофия

3. Недоношенность, незрелость

4. Антенатальная смерть

5. Пороки развития

1. 1	2. 4	3. 4	4. 6	5. 7
6. 1.2.3	7. 1.2.3.4	8. 1.2.3.4	9. 1.2.3.4.5	10. 1.2.3.4.5

Тема 4

1. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- | | |
|------------------------------------|------------------|
| 1) длительное течение | 4) полиурия |
| 2) олигурия | 5) головная боль |
| 3) синдром задержки развития плода | |

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В СРОКЕ 4-6 НЕД ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) несовместимость по Rh-фактору
- 2) тяжёлые экстрагенитальные заболевания
- 3) хромосомные аномалии

3. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ В СЛУЧАЕ:

- 1) дородового излития вод
- 2) если при пальпации неясна предлежащая часть плода
- 3) несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности
- 4) кровяных выделения из половых путей
- 5) острой боли в животе

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гестоз
- 2) инфицирование плодного яйца
- 3) перенашивание беременности
- 4) многоводие, многоплодие
- 5) короткая пуповина

5. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) перерастяжение матки
- 2) отягощённый акушерский анамнез
- 3) наличие миоматозного узла диаметром 1,5 см
- 4) наличие добавочного рога матки
- 5) имбибиция стенки матки кровью

6. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО:

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1) внезапность возникновения | 4) различная интенсивность |
| 2) повторяемость | 5) всё выше перечисленное |
| 3) безболезненность | |

7. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наружное акушерское исследование
- 2) влагалищное исследование
- 3) УЗИ-исследование
- 4) оценка сердечной деятельности
- 5) исследование свёртывающей системы крови

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) аномалии развития матки
- 2) воспалительные процессы эндометрия
- 3) миома матки
- 4) эндометриоз
- 5) аборт
- 6) всё выше перечисленное

9. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНЫ:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1) боли в животе | 4) изменение формы матки |
| 2) геморрагический шок | 5) всё выше перечисленное |
| 3) изменение сердцебиения плода | |

10. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ТОТАЛЬНОГО ПЛОТНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) боль в животе
- 2) кровотечение

3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода

4) отсутствие признаков отделения плаценты

1. 5	2. 3	3. 4	4. 1	5. 5	6. 5	7. 3
8. 6	9. 5	10. 4				

Тема 5

1. К КРОВОТЕЧЕНИЮ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) многоводие
- 3) многоплодие
- 4) крупный плод
- 5) всё выше перечисленное

2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ В МОМЕНТ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ГОЛОВКИ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) дицинон
- 2) метилэргометрин
- 3) прегнантол
- 4) маммафизин
- 5) хинин

3. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- 1) прижать аорту
- 2) тщательно осмотреть послед
- 3) клеммировать параметрии
- 4) произвести ручное обследование полости матки
- 5) хирургическое удаление матки

4. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО:

- 1) провести наружный массаж матки
- 2) ручное отделение плаценты
- 3) выделить послед наружными приёмами
- 4) ввести сокращающие матку средства
- 5) положить лёд на низ живота

5. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО:

- 1) ввести сокращающие матку средства
- 2) применить метод Креде-Лазаревича
- 3) приём Абуладзе
- 4) произвести ручное отделение и выделение последа
- 5) положить лёд на низ живота

6. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) кровопотеря, превышающая физиологическую
- 2) наличие рубца на матке
- 3) разрыв шейки матки 1-2 степени
- 4) сомнение в целостности последа
- 5) подозрение на разрыв матки

7. ПРИНЦИПЫ БОРЬБЫ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ В АКУШЕРСТВЕ ВКЛЮЧАЮТ:

- 1) местный гемостаз
- 2) борьбу с нарушением свёртываемости крови
- 3) инфузионно-трансфузионную терапию
- 4) профилактику почечной недостаточности
- 5) всё выше перечисленное

8. ВОЗНИКНОВЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА СПОСОБСТВУЮТ:

- 1) крупный плод
- 2) переносная беременность
- 3) неправильное вставление головки
- 4) тазовые предлежания плода
- 5) всё выше перечисленное

9. ПРИ НАЧАВШЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМО ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- 1) произвести ручное отделение плаценты
- 2) ввести сокращающие матку средства
- 3) осмотреть родовые пути

- 4) определить признаки отделения плаценты
 - 5) лёд на низ живота
10. ДЛЯ СОВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:
- 1) расширение социальных показаний
 - 2) увеличение числа перинатальных показаний
 - 3) совокупность различных показаний
 - 4) наличие рубца на матке
 - 5) всё выше перечисленное

1. 5	2. 2	3. 3	4. 4		
5. 4	6. 3	7. 5	8. 5	9. 4	10. 5

Тема 6

1. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) поперечное положение плода
- 2) родовое излитие вод
- 3) низкое поперечное стояние стреловидного шва
- 4) безводный промежуток 8 часов
- 5) повышение температуры в родах

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ МЕТОДИКОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (КС) ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) корпоральное КС
- 2) экстраперитонеальное КС
- 3) истмико-корпоральное (продольным разрезом)
- 4) КС в нижнем маточном сегменте (поперечным разрезом)
- 5) влагалищное КС

3. Признаки овуляции

1. подъем ЛГ 36 часов назад
2. подъем гидроксипрогестерона в плазме
3. повышение базальной температуры
4. падение эстрогенов в плазме
5. ничто из вышеперечисленного

6. Верно 1,2,3

4. Об овуляции свидетельствует все, кроме:

1. Абдоминальной боли в середине цикла
2. Повышения базальной температуры
3. Выброса пролактина в середине цикла
4. Повышение концентрации прогестерона в плазме крови
5. Исчезновение симптома "зрачка"

5. Появление симптома "листа папоротника" обусловлено действием:

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Прогестерона | 4. Эстрогенов |
| 2. Андростендиона | 5. ФСГ |
| 3. Пролактина | |

6. 17 Beta-эстрадиол стимулирует рост:

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. Влагалища | 4. Яичников |
| 2. Миометрия | 5. Фаллопиевых труб |
| 3. Эндометрия | 6. Верно 1,2,3,5 |

7. Какие из перечисленных гормонов синтезируются в яичнике?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Прогестерон | 4. Дегидроэпиандростерон |
| 2. Андростендион | 5. Кортизол |
| 3. Тестостерон | 6. Верно 1,2,3 |

8. Какое утверждение относительно ЛГ является верным?

1. Продукция ЛГ стимулируется выбросом эстрадиола доминантным фолликулом
2. Под влиянием овуляторного выброса ЛГ начинается лютеинизация гранулезных клеток
3. Выброс ЛГ всегда сопровождается пиком выброса пролактина
4. Выброс ЛГ и ФСГ способствует овуляции
5. Выброс ЛГ необходим для формирования желтого тела
6. Верно 1,2,4,

9. Основным метаболитом прогестерона, определяемым в моче, является:

1. Прегненолон

2. Дегидроэпиандростерон
3. Прегнандиол
4. 17-кетостероиды
5. 17 Alpha- оксипрогестерон

10. Какая из фракций эстрогенов обладает наибольшей активностью?

- | | |
|----------------------------|------------------|
| 1. 16 Alpha-гидроксиэстрон | 4. Эстрон |
| 2. Эстриол | 5. 16-эпиэстриол |
| 3. Эстрадиол | |

1. 5						
2. 4	3. 6	4. 3	5. 4	6. 6	7. 6	8. 6
9. 3	10. 3					

2.2. Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1

1. История развития акушерства
2. Половой цикл.
3. Физиология беременности
4. Регуляция менструального цикла

Тема 2

1. Родовой акт
2. Аномалии родовой деятельности
3. Планирование семьи
4. Методы контрацепции

Тема 3

1. Преэклампсия
2. Экстрагенитальная патология и беременность

Тема 4

1. Кровотечения 1 половина беременности
2. Кровотечения 2 половина беременности

Тема 5

1. Узкий таз в современном акушерстве.
2. Разрыв матки

Тема 6

1. Кесарево сечение в современном акушерстве.
2. Послеоперационный период. Тактика ведения.
3. Планирование семьи
4. Методы контрацепции

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Задача 1

Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля.

Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам.

Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\ 80 мм рт. ст.. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексио-верзио, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.

Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.

Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра половых органов в зеркалах и технику бимануального исследования.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы.

отвращение к запахам,
отсутствие менструации,
тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

2. Диагноз: беременность 8 недель. Устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков беременности: отвращение к запахам, тошнота, отсутствие менструации, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение тела матки.

Срок беременности устанавливается на основании бимануального обследования и даты последней менструации: матка увеличена до размеров гусиного яйца, последняя менструация 8 недель назад.

3. Дополнительные методы диагностики беременности:

определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче;
ультразвуковое исследование матки.

4. Определение срока беременности осуществляют:

по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель.

по величине тела матки - 8 недель (небеременная матка имеет размер - с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).

Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации - 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, 39 - 40 недель).

5. Техника осмотра шейки матки в зеркалах:

укладывают женщину на гинекологическое кресло,

одевают перчатки, готовят створчатое зеркало,

левой рукой раздвигают малые половые губы, а в правой руке держат зеркало Куско, которое вводят во влагалище створками продольно. При введении одновременно поворачивают зеркало замком вверх, далее выводят шейку матки и фиксируют створки.

Бимануальное (двуручное) исследование проводят после осмотра в зеркалах.левой рукой раздвигают наружные половые органы. Два пальца (указательный и средний) правой руки вводят во влагалище, оценивая состояние влагалища, затем оценивают состояние шейки матки и сводов влагалища. Пальцы правой руки переводят в передний свод, левую руку кладут на переднюю стенку живота и придвигают матку к правой руке. Сближая обе руки, находят тело матки и определяют ее величину, форму и консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию придатков матки. Для этого пальцы внутренней и наружной руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. В норме придатки не пальпируются, выделения в норме слизистые, бесцветные.

Задача 2

Беременная И.А., 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.

Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа.

Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин., слева ниже пупка.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте диагноз.

Перечислите сроки беременности по высоте стояния дна матки.

Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.

Продемонстрируйте технику наружного акушерского исследования (приемы Леопольда).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

встать на учет по поводу беременности,
определить срок беременности,
определить предполагаемый срок родов.

Потенциальные проблемы.

провести полное обследование,

выявить группу риска,

доносить беременность

2. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

3. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

16 недель - дно матки находится на середине между пупком и верхним краем симфиза.

20 недель - дно матки находится на два поперечных пальца ниже пупка

24 недели - дно матки находится на уровне пупка.

28 недель - дно матки находится на два поперечных пальца выше пупка.

32 недели - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

36 недель - дно матки находится на уровне мечевидного отростка

40 недель - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

4. При наружном акушерском исследовании определяется - продольное положение, первая позиция плода. Предлежащей частью является головка плода.

5. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда). При пальпации живота у беременной применяют последовательно 4 приема наружного акушерского исследования.

Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. С этой целью ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают и определяют уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную у дна матки.

Второй прием служит для определения положения плода, позиции и ее вида. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки и пальпацию частей плода проводят поочередно то одной, то другой рукой. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, а с противоположной мелкие части его - ручки и ножки.

Третий прием применяется для определения предлежащей части плода. Для этого правой рукой, расположенной над симфизом, охватывают предлежащую часть. Головка определяется в виде плотной круглой части. Отчетливо ощущается ее "баллотирование", если она подвижна над входом в малый Таз. При тазовом предлежании над симфизом прощупывается объемистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы и четких контуров.

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния предлежащей части. Исследующий становится лицом к ногам беременной и, углубляя пальцы над симфизом, устанавливает отношение предлежащей части к входу в малый таз.

Задача 3

В машине скорой помощи, роженица после очередной потуги родила доношенную девочку.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД -120\80 мм рт. ст. Пульс 80 уд мин.

Через 10 мин. после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря приблизительно - 100 - 150 мл. Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется, при надавливании ребром ладони над симфизом не втягивается во влагалище.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте диагноз

Перечислите признаки отделения плаценты от стенок матки у данной роженицы.

Определите тактику ведения третьего периода родов.

Продемонстрируйте технику приема последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы:

боли,

беспокойство за исход родов и за состояние ребенка.

2. Потенциальные проблемы:

риск нарушения отделения и рождения последа

-разрывы родовых путей

-кровотечение в раннем послеродовом периоде.

2. Диагноз: роды срочные, третий период родов.

3. Признаки отделения плаценты от стенок матки:

лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 - 15 см, при потуживании удлиняется –признак Альфельда

при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина не втягивается во влагалище – признак Кюстнера-Чукалова

4. Тактика ведения третьего периода родов:

опорожнить мочевой пузырь катетером,

следить за АД, пульсом, общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов, признаками отделения плаценты, за кровопотерей.

5. При наличии признаков отделения плаценты роженица должна потужиться. Фельдшер придерживает пуповину с лигатурой и одновременно подтягивает, перемещая ее кзади и по родовой оси таза слегка кпереди. При рождении плаценты фельдшер захватывает ее обеими руками и медленно вращает в одном направлении, при этом происходит скручивание оболочек, что способствует постепенному их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва. Чтобы убедиться в целостности последа, его тщательно осматривают. Вначале осматривают плодовую и материнскую поверхности плаценты, а затем околоплодные оболочки.

Задача 4

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

Задания

Сформулируйте диагноз.

2. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.

Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.

Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.

Продемонстрируйте технику оказания акушерского пособия при переднем виде затылочного предлежания.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание.

2. При наружном акушерском исследовании определяются:

продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки.

- II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.

- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.

3. В раскрытии шейки матки участвуют: родовые схватки, околоплодные воды, плодный пузырь.

Различия в сглаживании и раскрытии канала шейки матки заключаются в следующем: у первородящих - вначале идет раскрытие внутреннего зева, далее шейка укорачивается и полностью сглаживается, и раскрывается наружный зев.

У повторнородящих - наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева и сглаживанием шейки матки.

4. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы - 320мл. Предполагаемая

масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см ($100 \times 34 = 3400$ г).

5. Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания

Цель пособия: предупреждение родовых травм плода и родовых травм у матери.

Перед оказанием пособия:

-проводят обработку роженицы;

-готовят инструменты для осмотра мягких тканей родовых путей матери;

готовят набор инструментов и перевязочного материала для обработки новорожденного;

акушерка готовится как к полостной операции.

Акушерка встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

1 момент. Кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

2 момент. Когда затылок родится и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Акушерка захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводят с головки ткани промежности. Над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

3 момент. С очередной потугой головка поворачивается личиком к левому или правому бедру матери. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдет под лобковую дугу. После этого освобождают заднее плечико. Для этого: одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию кпереди, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее подготовленное место. И в первую очередь очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первый вдох.

Задача 5

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.

Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120\80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

Задания

Выявите проблемы женщины

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Определите тактику фельдшера в данной ситуации

Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.

Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

схваткообразные боли в животе,

усиление шевеления плода.

Потенциальные проблемы.

риск осложненного течения родов,

гипоксия, асфиксия и травмы плода,

гибель плода.

2. Диагноз: срочные роды, первый период родов. Внутриутробная гипоксия плода.

Внутриутробная гипоксия плода диагностируется на основании:

жалоб на усиленное шевеление плода.

-аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100уд\мин.

Тактика фельдшера:

срочная госпитализация в родильное отделение

дача кислорода

внутривенно ввести 40% раствор глюкозы 20мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл, 1% раствор сигетина 1мл.

4. Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.

Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):

сердцебиение плода: отсутствует 0, меньше- 100 (1) больше- 100 (2)

дыхание: отсутствует - 0, отдельные вдохи(1) регулярные (2)

цвет кожи: бледность или цианоз (0), акроцианоз (1) розовый (2)

мышечный тонус: отсутствует (0), полусогнутые конечности (1), поза флексии (2)

рефлекторная возбудимость: реакция на отсасывание слизи, отсутствует (0), гримаса (1), крик, кашель (2)

5. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает:

отсасывание слизи изо рта и из носа,

двухмоментную обработку пуповины,

профилактику гонобленореи,

антропометрию,

пеленание,

регистрацию

повторную профилактику гонобленореи.

Первый момент:

на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывается зажим Кохера через 1-1,5 минуты после прекращения пульсации пуповины;

отрезается пуповина ножницами от зажима Кохера на 0,5 см в материнскую сторону;

срез пуповины обрабатывается 70% спиртом с добавками (хлоргексидин);

материнский конец опускается в почкообразный тазик для сбора плацентарной крови;

Второй момент:

повторная обработка рук, одеваются стерильные перчатки;

акушерка держит пуповину зажимом Кохера и на расстоянии 23см вверх от пупочного кольца обрабатывает ее 70% спиртом с добавками;

от пупочного кольца на расстоянии 0,1-1 см накладывается скобка Роговина;

от скобки вверх на расстоянии 0,5 см стерильными ножницами пуповина отрезается;

срез пуповины обрабатывается 70% спиртом с добавками; культя остается открытой.

При закрытом способе на срез накладывается стерильная салфетка, затем сверху салфетки накладывается повязка, концы которой завязываются со стороны угла косынки.

Профилактика гонобленореи:

с наружного угла к внутреннему каждый глаз новорожденного протирается отдельным шариком;

держа пипетку горизонтально над глазом, стягивая нижнее веко, на слизистую конъюнктив на расстоянии 2 см от глаза закапывают 1-2 капли 30% раствор сульфацила натрия. Если родилась девочка, то 3 - 4 капли закапывается в половую щель.

Задача 6

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад.

Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

Оцените состояние женщины.

Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы:

потеря аппетита,

рвота

задержка менструации,

беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

снижение массы тела,

ухудшение состояния,

обезвоживание организма,

нарушение внутриутробного развития плода.

2. Диагноз: Беременность 12 недель. Ранний гестоз, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена - все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний гестоз, а рвота 10 раз в сутки - умеренную рвоту.

3. Состояние женщины средней тяжести.

4. Тактика фельдшера заключается в следующем.

взятие на диспансерный учет по беременности,

госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения

раннего гестоза.

5. Измерение таза проводят тазомером. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:

дистанция спинарум - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.

дистанция кристарум - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговицы передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определят наибольшее расстояние.

дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы.

наружная конъюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговицу одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговицу другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)

истинная конъюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной конъюгаты 9 см. (20- 9 = 11).

диагональная конъюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при влагалищном исследовании (13 см).

Задача 7

На ФАП к фельдшеру на очередной осмотр приглашена беременная женщина 19 лет, срок беременности 32 недели. При сборе субъективной информации выявлено, что у беременной появились жажда, уменьшение количества мочи, и отеки на ногах.

Объективно: рост 158 см. масса тела 62 кг, за неделю прибавка массы тела составила 450 грамм. АД 130/80, 125/75 мм. рт.ст., пульс 80 в мин. Со стороны внутренних органов без патологии. На стопах и голенях отеки. Окружность живота 75см. Высота дна матки 30 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежит головка, баллотирует над входом в малый таз, сердцебиение плода 130 уд./мин. При проведении пробы с сульфасалициловой кислотой в моче обнаружен белок.

Задания

Выявите проблемы беременной.

Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

Определите тактику фельдшера.

Изложите принципы лечения данной патологии.

Продемонстрируйте на фантоме осмотр и оценку последа.

Эталон ответа

1. Приоритетные проблемы.

жажда,

снижение диуреза,

отеки,

Потенциальные проблемы,

переход в более тяжелую форму гестоза,

преждевременная отслойка плаценты,

кровотечение, ДВС синдром и коагулопатия в родах,

задержка внутриутробного развития плода,

гипотрофия, гипоксия плода.

2. Диагноз: беременность 32 - 33 недели, юная первобеременная. ОПГ - гестоз, легкая степень.

Из условия задачи следует, что у беременной состоящей на диспансерном учете у фельдшера, появились жажда, отеки на ногах, незначительное повышение АД, белок в моче, и прибавка массы тела за неделю 450,0 (норма до 300,0), что характерно для ОПГ - гестоза легкой степени.

3. Алгоритм действий фельдшера:

измерить АД, пульс;

прослушать сердцебиение плода;

срочная госпитализация в отделение ОПБ в ЦРБ.

4. При лечении ОПГ - гестоза легкой степени необходимы:

лечение в стационаре,

постельный режим,

физический и психологический покой,

ограничение жидкости до 800 мл,

диета с исключением соленых, острых и жареных блюд,

фитотерапия мочегонным чаем,

седативные препараты,

спазмолитики,

десенсибилизирующие,

витамиотерапия,

антиагреганты,

улучшение микроциркуляции,

При отсутствии результата лечения в течение 12-14 дней ставят вопрос о родоразрешении.

5. После рождения последа проводится тщательный его осмотр.

Вначале осматривают плодовую сторону плаценты, обращая внимание на ход плацентарных сосудов, место прикрепления пуповины, затем выворачивают послед и осматривают материнскую сторону плаценты, оценивая целостность долек. В последнюю очередь осматривают целостность оболочек плодного яйца.

Задача 8

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140\85,135\80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту.

Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

Оцените состояние беременной женщины.

Определите тактику фельдшера.

Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

головная боль;

ухудшение зрения;

боль в эпигастральной области, рвота;

беспокойство за свое здоровье.

Потенциальные проблемы:

переход в более тяжелую форму гестоза;

преждевременная отслойка плаценты;

кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде;

ДВС синдром, коагулопатия;

гипотрофия и гипоксия плода.

2. Диагноз: беременность 36 недель. Возрастная первородящая. ОПГ - гестоз - преэклампсия.

Обоснование диагноза:

срок беременности 36 недель подтверждается данными обменной карты;

тяжелую форму ОПГ-гестоза, преэклампсию подтверждают:

жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области;

АД 170/100 – 180/110, расширение зрачков, цианоз кончика носа и верхней губы.

3. Состояние беременной женщины - тяжелое.

4. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку - эклампсии, необходимо:

предотвратить приступ судорог;

дать наркоз с закисью азота;

внутривенно ввести 0,25% р-р дроперидола 4-6 мл и 2,5% р-р седуксена 2мл;

ганглиоблокаторы (пентамин, гиргроний);

немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

5. Для измерения окружности живота и высоты стояния дна матки фельдшер встает справа и располагает ленту вокруг живота таким образом, что она находится на уровне пупка. Для измерения высоты дна матки, левой рукой конец ленты прикладывает к верхнему краю симфиза, а правой рукой второй конец ленты укладывает на дно матки, удерживая ребром ладони.

Задача 9

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Л.И., 23 лет.

Жалобы: на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез: Беременность 20 недель. Начиная с 16 недель периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/80, 115\75 мм. рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце и легкие без патологии. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Живот увеличен за счет беременности, положение плода неустойчивое.

Задания

Выявите проблемы женщины.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Перечислите профилактические мероприятия данного осложнения.

Определите дальнейшую тактику фельдшера.

Объясните правила сбора мочи по Нечипоренко у беременной. Выпишите направление на обследование мочи.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы:

боль в поясничной области,

высокая температура тела с ознобом,

-частое, болезненное мочеиспускание.

Потенциальные проблемы:

угроза преждевременного прерывания беременности,

гипоксия плода,

внутриутробное инфицирование плода,

поздний гестоз.

2. Диагноз: Беременность 20 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

Беременность и пиелонефрит устанавливаются на основании анамнеза, жалоб и клинических признаков.

Клинические признаки, указывающие на пиелонефрит:

появление болей в поясничной области с 16 недель беременности.

озноб и повышение температуры тела,

частое болезненное мочеиспускание,

положительный симптом Пастернацкого.

3. Профилактические мероприятия:

взятие на учет в группу риска,

провести обследование - общий анализ мочи, крови, УЗИ почек, биохимический анализ крови,

проба по Нечипоренко. Консультация специалистов (терапевта, нефролога, уролога)

дородовая госпитализация за 10 дней до предполагаемого срока родов в наблюдательный родильный дом,

срочная госпитализация при обострении на любом сроке.

оздоровительные мероприятия - почечные травы, санация очагов инфекции, антибактериальные препараты, уросептики.

4. Дальнейшая тактика фельдшера заключается в госпитализации беременной в наблюдательный родильный дом в отделение патологии беременности.

5. Правила сбора мочи по Нечипоренко у беременных:

приготовить стерильную баночку,

беременная должна подмыться с мылом, обсушить половые органы,

во влагалище вставить ватный тампон,

собрать среднюю порцию мочи.

В лабораторию направляется беременная Ф.И.О _____

возраст _____

адрес _____

дата _____ подпись _____ на общий анализ мочи

Задача 10

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 29 лет.

Жалобы: на кровянистые выделения темного цвета, с мелкими пузырьками.

Анамнез: женщина стоит на учете по поводу беременности. Срок беременности по последней менструации 20 недель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот увеличен за счет беременности. Дно матки располагается на уровне пупка. Матка при пальпации тестовидной консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Задания

1. Выявите проблемы женщины.

2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

3. Перечислите дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.

Определите тактику фельдшера.

Продемонстрируйте технику пробного выскабливания полости матки.

Эталон ответа:

1. Приоритетные проблемы

кровянистые выделения

отсутствие шевеления плода

Потенциальные проблемы

кровотечение

хориокарцинома

поздний гестоз

гибель плода

2. Диагноз: беременность 20 недель Пузырный занос.

Клинические признаки, подтверждающие диагноз: кровянистые выделения с пузырьками, значительное увеличение размеров матки, превышающее данный срок беременности (при сроке беременности 20 недель величина матки у данной женщины соответствует 24 недельному

сроку), отсутствие достоверных признаков беременности (шевеления, сердцебиения, части плода не определяются).

3. Дополнительные методы обследования.

определение титра ХГЧ гормона;

УЗИ.

4. Тактика фельдшера - госпитализация в гинекологический стационар.

5. Показания для пробного выскабливания - это подозрение:

на злокачественный процесс

на задержку элементов плодного яйца.

на туберкулезный процесс

кровотечения неясной этиологии

Необходимый набор инструментов: зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, расширители Гегара, корнцанги, кюретки.

При данной операции:

женщину укладывают на гинекологическое кресло;

вводят ложкообразное зеркало и зеркало-подъемник;

спиртом обрабатывают влагалище и шейку;

пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки;

маточным зондом через определяют состояние рельефа слизистой, положение и длину тела матки;

расширителями Гегара раскрывают шейный канал;

кюретками производят выскабливание стенок матки;

полученную ткань заливают спиртом или раствором формалина, складывают в емкость и отправляют в гистологическую лабораторию. В направлении отмечают: Фамилию, имя, отчество больной, возраст, адрес, дату и клинический диагноз. Операция проводится с обезболиванием (ингаляционный, внутривенный наркоз, местное обезболивание).

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

3.1 Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачету (ОПК-9)

1. Акушерство как наука. Основные показатели службы. Программа «Безопасное материнство».
2. Половой цикл. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Норма беременности.
3. Организация работы акушерского стационара. Основные показатели его работы.
4. Перинатальная охрана плода. Роль женской консультации.
5. Диагностика беременности. Методы акушерского исследования. Определение предполагаемой массы плода и срока родов.
6. Физиологические роды. Управление родовым актом.
7. Клиническое течение и ведение родов (по периодам).
8. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика врача.
9. Физиологический послеродовой период и период новорожденности.
10. Аномалии родовой деятельности.
11. Невынашивание беременности.
12. Перенашивание беременности.
13. Преэклампсия. Диагностика. Лечение. Акушерская тактика
14. Экстрагенитальные заболевания и беременность.
15. Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.
16. Кровотечения во II половине беременности.
17. Предлежание плаценты.
18. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
19. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.
20. Современное представление об узком тазе. Тактика ведения беременности и родов. Крупный плод.
21. Родовой травматизм матери и плода.
22. Кесарево сечение в современном акушерстве.
23. Планирование семьи. Методы контрацепции.

24. Гипоксия плода, асфиксия новорождённого.
25. Организация работы женской консультации. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. Планирование семьи, методы контрацепции. Программа «Безопасное материнство».

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Организация работы акушерского стационара.
2. Женский таз (размеры, плоскости). Таз с акушерской точки зрения.
3. Методы обследования беременных и рожениц. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
4. Женская консультация. Организация её работы. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов.
5. Физиология периода новорождённости. Критерии зрелости новорождённого. Анатомо-физиологические особенности.
6. Периоды родов. Клиника и ведение.
7. Последовый период. Ведение. Признаки отделения последа. Аномалии прикрепления плаценты. Акушерская тактика.
8. Клиника и ведение послеродового периода.
9. Послеродовые инфекционные заболевания (классификация, особенности течения). Послеродовой эндометрит.
10. Преждевременные роды. Диагностика, течение, тактика.
11. Перенесенная беременность. Диагностика, течение, ведение.
12. Аномалии родовой деятельности. Диагностика, ведение родов.
13. Ведение беременности и родов при резус-конflikте. Гемолитическая болезнь плода и новорождённого.
14. Ранний токсикоз беременных.
15. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника, терапия.
16. Эклампсия. Возможные осложнения, особенности терапии.
17. Многоплодная беременность. Неправильные положения плода. Ведение беременности и родов.
18. Тазовое предлежание. Ведение беременности и родов.
19. Узкий таз (формы и степени сужения). Клинически узкий таз.
20. Предлежание плаценты (этиология, классификация, диагностика, клиника, лечение).
21. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Акушерская тактика.
22. Акушерский травматизм (разрывы шейки матки, влагалища, промежности).
23. Разрывы матки (классификация, диагностика, лечение).
24. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
25. Острая и хроническая гипоксия плода. Основные причины, лечение.
26. Родовые травмы у новорождённых. Причины. Клиника. Принципы лечения в остром периоде.
27. Кесарево сечение в современном акушерстве.
28. Операция наложения вакуум – экстрактора (показания, условия, техника наложения). Система КИВИ.
29. Операция наложения выходных акушерских щипцов (показания, условия, техника).
30. Самопроизвольный аборт. Стадии аборта. Акушерская тактика.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-9	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	<p>Знать: строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма</p>
		<p>Уметь: использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>
		<p>Владеть: представлением о многоуровневом принципе</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения представлением о</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения</p>

		строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связей внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.
--	--	--	--	---

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1 процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации

(графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно

интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.