

# ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

## ПЕРИНАТОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Акушерства, гинекологии и перинатологии
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

### ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

#### КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – РЕФЕРАТ (10 СЕМЕСТР)

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

**Реферат** (от лат. *refero* – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

#### Список реферативных сообщений:

1. Организация дородового наблюдения за беременной.
2. Наблюдение за течением беременности в женской консультации. Диагностика и установление срока беременности.
3. УЗ исследования в ранние сроки беременности. Показания. Методики УЗИ. Трансабдоминальное, трансвагинальное сканирование.
4. УЗ скринингового исследования в сроках 18-21 недели беременности.

5. Критерии зрелости плода.
6. Ультразвуковая диагностика врожденных пороков развития.
7. Значение доплерометрического исследования маточно-плацентарного плодового кровотока.
8. Значение и возможности пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода.
9. Методы оценки состояния плода при ВЗРП.
10. Клинические признаки угрожающего и начавшегося прерывания беременности.
11. Методы клинического и лабораторного обследования и их диагностическая ценность при привычном невынашивании.
12. Механизмы развития перенашивания беременности (непосредственные причины, приводящие к перенашиванию), выявление групп риска по развитию данной патологии.
13. Современные экстракорпоральные методы лечения иммуноконфликтной беременности.

### **ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (10 семестр)**

**Задания на зачете содержат: 1 теоретический вопрос и 1 практический навык.**

<i>Задание для показателей оценивания дескриптора «Знает»</i>	<i>Вид задания</i>
<p>Теоретические вопросы к зачету:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лабораторные и цитологические методы диагностики в гинекологии</li> <li>2. Ультразвуковое исследование органов малого таза.</li> <li>3. МРТ исследование органов малого таза</li> <li>4. Правильная оценка анамнеза и особенностей заболевания у беременных высокого риска;</li> <li>5. Осуществление ультразвукового исследования органов пищеварительной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем, поверхностно расположенных органов и тканей беременной с соблюдением техники безопасности;</li> <li>6. Проведение плановой трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии в сроки пренатальной диагностики во II и III триместрах беременности с соблюдением техники безопасности;</li> <li>7. Проведение трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии в I триместре беременности с целью оценки маточной беременности, жизнеспособности плода, многоплодия, грубых ВПР, маркеров хромосомной патологии, состояния экстраэмбриональных структур, опухолевых процессов матки, придатков матки, ИЦН с соблюдением техники безопасности;</li> <li>8. Проведение внеплановой трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии матки, придатков матки при развитии неотложных состояний в I, II и III триместрах беременности с соблюдением техники безопасности;</li> <li>9. Проведение и интерпретация данных трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии, доплерометрии у беременных с сахарным диабетом;</li> <li>10. Проведение и интерпретация данных трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии, доплерометрии у беременных с многоплодной беременностью;</li> <li>11. Правильная оценка показаний и противопоказаний к сохранению гестации у беременных с врожденными пороками развития у плода и хромосомной патологией;</li> <li>12. Правильный выбор и оценка функциональных методов исследования у беременной с перинатальной патологией плода;</li> <li>13. Правильный выбор и оценка функциональных методов исследования у беременной с опухолевыми процессами матки, придатков матки, ИЦН;</li> <li>14. Проведение кардиотокографии с целью оценки состояния плода во II и III триместрах беременности;</li> </ol>	<p>- теоретический</p>

<p>15. Разработка дифференциального плана ведения беременности у пациенток с опухолевыми процессами матки, придатков матки, ИЦН;</p> <p>16. Разработка дифференциального плана ведения беременности и родов у пациенток с перинатальной патологией у плода, в том числе антенатальной гипоксией.</p>	
<p><i>Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»</i></p>	<p><i>Вид задания</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1</b></p> <p>Первородящая А., 24 года. Беременность 40 недель+4 дня. Родовая деятельность в течении 8 часов. Схватки через 2-3 мин. по 45-50 сек., очень болезненные. С целью обезболивания родов проведено: Sol. Promedoli 1% — 2,0; Sol. Athropini 0,1% -1,0. Через час начался второй период родов, продолжался 15 мин. Родился мальчик с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов (тонус снижен, рефлексы угнетены, дыхание редкое, кожа цианотичная, с/б -100 в мин.)</p> <p>1. <i>Оцените состояние новорожденного.</i></p> <p>2. <i>Назовите возможные причины асфиксии.</i></p> <p><b>Эталон ответа</b></p> <p>1. <i>Асфиксия новорожденного средней степени,</i></p> <p>2. <i>Медикаментозная депрессия.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2</b></p> <p>Повторнобеременная К., 27 лет, группа крови В (III) Rh (-), у мужа А (II) Rh (+), находится в отделении патологии беременности со сроком беременности 35 недель+4 дня. Положение плода продольное, предлежит головка. Титр антител при поступлении три дня назад -1: 16, на данный момент 1: 64. На УЗИ — у плода легкие зрелые, печень увеличена. Плацента 2 ст. зрелости.</p> <p>1. <i>Поставьте предварительный диагноз.</i></p> <p>2. <i>Ваша тактика.</i></p> <p><b>Эталон ответа</b></p> <p>1. <i>II Беременность 35 недель + 4 дня. Иммуноконфликт по резус-фактору между матерью и плодом. Гемолитическая болезнь плода.</i></p> <p>2. <i>Показано досрочное родоразрешение либо консервативно путем родовозбуждения или кесарево сечение с последующим лечением гемолитической болезни новорожденного.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3</b></p> <p>Повторнобеременная, первородящая 27 лет. Положение плода продольное, предлежание головное. Роды продолжаются 8 часов. Во втором периоде родов, продолжавшемся 35 мин, резко замедлилось сердцебиение плода до 70 -90 ударов в минуту. Родилась девочка весом 3650 гр с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. На 1-й минуте оценка по шкале Апгар —3 балла.</p> <p>1. <i>Поставьте предварительный диагноз.</i></p> <p>2. <i>Ваша тактика.</i></p> <p><b>Эталон ответа</b></p> <p>1. <i>Тяжелая асфиксия новорожденного.</i></p> <p>2. <i>Показана реанимация.</i></p> <p style="text-align: center;"><b>СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4</b></p> <p>Пациентка Р., 28 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильный дом в сроке гестации 32 нед с жалобами на появление головной боли, затрудненное носовое дыхание, уменьшение диуреза.</p> <p>Анамнез не осложнен. Данная беременность I. В сроке беременности 25 нед с отеками и гипертензией получала стационарное лечение в течение 2 нед в отделении патологии беременных. Объективно при поступлении: кожные покровы бледно-розовые, на голенях и передней брюшной стенке выраженные отеки, лицо, руки пастозны. Пульс 86 уд/мин ритмичный, АД 170/100 мм рт ст.</p>	<p>-</p> <p><i>практический</i></p>

Живот увеличен беременной маткой. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 150 уд/мин. При влагалищном исследовании "созревающая" шейка матки. Диурез снижен до 400,0 мм в сутки. Обследована: в общем анализе крови Нб 82 г/л, эр.  $2,7 \times 10^{12}/л$ , L  $10,2 \times 10^9/л$ , СОЭ 23 мм/г, общий белок 48 г/л; в общем анализе мочи: моча мутная, уд вес 1030, белок 1,65 г/л, гиалиновые цилиндры 2-3 в поле зрения. На глазном дне ангиоспазм II степени, ступенчатость контура ДЗН с височных сторон.

При эхографии выявлено отставание фетометрических показателей на 2 нед, маловодие, при доплерометрии увеличение резистентности к кровотоку в обеих маточных артериях. При импедансметрии гипокинетический тип кровотока с повышенным ОПСС.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Какова должна быть тактика врача.

**Эталон ответа**

1. I беременность 32 недели. Тазовое предлежание. "Созревающая" шейка матки. Гестоз, классический вариант тяжелой степени, раннее начало.

Преэклампсия. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, субкомпенсация, ГДН II степени, СЗРП I степени. Анемия средней степени тяжести.

2. Кесарево сечение в экстренном порядке на фоне интенсивной терапии гестоза.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Пациентка Р., 16 лет, школьница поступила в отделение патологии беременных в сроке беременности 41-42 нед на родовую подготовку. Жалоб не предъявляет. Менструальная функция с 14 лет, регулярная. Данная беременность I, протекала без осложнений. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, пульс 72 уд/мин, АД 110/70 мм рт ст, ОЖ 100см, ВДМ 42см, размеры таза 23-26-28-18. Положение плода продольное, головное, спинка слева, сердцебиение плода ритмичное 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5см, плотная, наружный зев закрыт. В отделении обследована – клинико-биохимические анализы без отклонений от нормы. При эхографическом исследовании фетометрический срок соответствует 42 нед, плацента по передней стенке III ст зрелости с выраженной петрификацией, вод мало, в околоплодных водах мелкая взвесь, предполагаемая масса плода 4200,0, при доплерометрии выявлено увеличение резистентности кровотоку в правой маточной артерии; при кардиотокографическом исследовании ЧСС 150 уд/мин, снижение вариабельности базального ритма, вариабельные децелерации.

1. Ваш диагноз.

2. Акушерская тактика.

3. Прогноз для матери и плода.

**Эталон ответа**

1. I Беременность 41-42 нед в 16 лет. «Незрелая» шейка матки. ОРСТ I ст. Крупный плод. Хроническая ФПН. ГДН IA ст. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, субкомпенсация.

2. Родоразрешение путем операции кесарева сечения по сумме относительных показаний (ОРСТ I ст, крупный плод, первородящая в 16 лет, анамнестически переносимая беременность, субкомпенсация хронической ФПН).

3. При своевременном родоразрешении благоприятный.