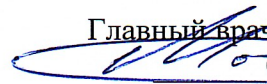


**Государственное бюджетное учреждение Калининградской области
«Региональный перинатальный центр»**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУ КО «РПЦ»
 С.В. Мартиросян

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРОГРАММА**

**повышения квалификации
«Курс оперативного акушерства с освоением мануальных навыков»**

программа составлена:

**Мартиросяном С.В., главным врачом ГБУ КО РПЦ, к.м.н.,
Ксенофонтовым АМ, заведующим АДКЦ ГБУ КО РПЦ**

Трудоемкость: 36 часов

Форма обучения: очная

**г. Калининград
2025 год**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель программы:

Приобретение новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых врачу-акушеру-гинекологу для оказания квалифицированной медицинской помощи по актуальным вопросам клинического акушерства, включая оперативные вмешательства, управление осложнениями в родах и использование симуляционных технологий для отработки мануальных навыков. Это способствует снижению рисков в акушерской практике и повышению качества перинатальной помощи.

Задачи программы:

1. Усовершенствование знаний врачей акушеров-гинекологов с учетом новейших достижений в практике клинического акушерства и результатов современных клинических исследований, таких как исследования по вакуум-экстракции плода и дистонии плечиков (например, данные из «Obstet Gynecol» 2011).
2. Ознакомление со стандартами и порядками оказания медицинской помощи женщинам в процессе родоразрешения, включая анализ клинических рекомендаций РОАГ по нормальным родам и кесареву сечению.
3. Приобретение и закрепление практических навыков работы с использованием симуляционных тренажеров в ситуациях физиологического и патологического акушерства, требующих принятия решений в условиях, приближенных к реальным, с акцентом на командную работу и алгоритмы действий.
4. Развитие компетенций в области профилактики, диагностики и лечения осложнений, таких как послеродовое кровотечение и тазовое предлежание, посредством разбора ситуационных задач и проведения тренингов.
5. Формирование навыков интранатального мониторинга и ведения партограммы для своевременного вмешательства.

Нормативно-правовая основа программы:

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 1.07.2013 № 499;

- Постановление от 28.01 2021 № 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. N 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Трудоемкость: 36 часов, 1 академический час равен 45 минутам

Формы обучения: очная форма

В программе используются следующие виды учебных занятий:

- лекция;
- практическое занятие;
- тренинг;

Итоговая аттестация проводится в виде:

- итогового тестирования и оценки практических навыков.

Программу реализуют педагоги, обладающие опытом симуляционного обучения, клинической практики и методологии преподавания.

Категория слушателей: врачи акушеры-гинекологи, имеющие квалификацию по специальности «Акушерство и гинекология», оказывающие или планирующие оказывать специализированную медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам.

Планируемые результаты обучения.

Выпускник, освоивший программу, должен усовершенствовать свои

универсальные компетенции:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

и следующие профессиональные компетенции:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития (ПК-1);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья женщин (ПК-2).

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-3);

- готовность к применению методов лучевой диагностики и интерпретации их результатов (ПК-4);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-5);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-6);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-7).

Контролируемые учебные элементы

Раздел программы	Контролируемые знания/умения/навыки, направленные на формирование УК и ПК	Знать	Уметь	Владеть
Общие вопросы	1. Особенности течения и ведения физиологических родов 2. Особенности течения и ведения патологических родов	1. Диагностировать заболевания, прежде всего ранних и типичных проявлений болезней, на основе владения пропедевтическими и лабораторно-инструментальными методами исследования; 2. Диагностировать и оказывать первой помощи при неотложных состояниях в акушерстве; 3. Лечить с использованием терапевтических и хирургических методов; 4. Диагностировать беременность, вести физиологическую и патологическую беременность, роды и послеродовый период; 5. Проводить экспертизу трудоспособности больных акушерско-гинекологического профиля; 6. Организовывать труд в медицинских учреждениях и вести медицинскую документацию; 8. Самостоятельно работать с	1. Принципами врачебной этики; 2. Основами клинического мышления, умениями, обеспечивающими решение профессиональных задач; 3. Применением алгоритма врачебной деятельности по оказанию медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях, по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных.	

			информацией (учебной, научной, нормативной, справочной литературой и другими источниками).	
--	--	--	--	--

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
программы повышения квалификации
«Курс оперативного акушерства с освоением мануальных навыков»

№ п/п	Наименование разделов	Всего часов (акад.)	В том числе			Форма контроля
			Лекции	Тренинг	Практика	
	Входное тестирование	1			1	
1	Нормальные роды. Современные базовые перинатальные практики	2	2			
2	Дистоция плечиков	4	1	3		демонстрация навыка на тренажере
3	Плод как объект родов. Костный таз. Биомеханизм родов в переднем и заднем виде затылочного вставления.	1	1			
4	Оперативные вагинальные роды. Показания, условия, методы обезболивания, осложнения	2	2			решение ситуационных задач
4.1	Вакуум-экстракция плода.	3		3		демонстрация навыка на тренажере
4.2	Задний вид затылочного предлежания. Мануальная ротация.	1		1		демонстрация навыка на тренажере
4.3	Акушерские щипцы	4		4		демонстрация навыка на тренажере
5	Интранатальный мониторинг за состоянием плода.	3	1		2	решение ситуационных задач

5.1	Ведение партограммы. Разбор ситуационных задач.	2			2	решение ситуационных задач
6	Тазовое предлежание плода. Наружный акушерский поворот. Роды в тазовом предлежании. Наложение акушерских щипцов на последующую головку плода	5	1	4		демонстрация навыка на тренажере
7	Кесарево сечение	3	1		2	демонстрация навыка на тренажере
8	Послеродовое кровотечение. Хирургический гемостаз	4	1	3		решение ситуационных задач, демонстрация навыка на тренажере
9	Итоговая аттестация в виде итогового тестирования	1			1	
	ИТОГО:	36	10	18	8	

Календарный учебный график: реализации программы осуществляется в течение 5 рабочих дней с понедельника по пятницу в соответствии с утвержденным расписанием.

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ

программы повышения квалификации «Курс оперативного акушерства с освоением мануальных навыков»

Тема	Навыки	Формируемые компетенции
Нормальные роды. Современные базовые перинатальные практики.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определение нормальных родов в соответствии с критериями всемирной организации здравоохранения Применение методов немедикаментозного обезболивания (дыхательные техники, массаж, выбор позы). Оказание психологической поддержки роженице на всех этапах родов.	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7
Дистоция плечиков	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Своевременной диагностике дистосии плечиков. Выполнению приемов первой линии (МакРобертса, винт Вудс, надлобковое давление, выведение задней ручки плода, прием Гаскин и др). Алгоритму действий при неудаче приемов первой линии. Приемам второй линии (симфизиотомии, прем Заванелли и др). Оценке состояния новорожденного и особенностям его реанимации после дистосии плечиков.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
Плод как объект родов. Костный таз. Биомеханизм родов в переднем и заднем виде затылочного вставления.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определение размеров и ориентиров костного таза (седалищные ости, мыс, симфиз, крестец). Пальпация и определение предлежания, позиции и вида плода. Определение высоты стояния предлежащей части. Определение параллельных плоскостей таза. Диагностика родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Оценка соответствия размеров таза и головки плода (клиническая оценка).	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7

Оперативные вагинальные роды. Показания, условия, методы обезболивания, осложнения	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Диагностики абсолютных и относительных показаний к проведению оперативного влагалищного родоразрешения. Оценки всех необходимых условий для безопасного проведения операции. Выбора оптимального метода оперативного родоразрешения (вакуум-экстракция или наложение акушерских щипцов) в зависимости от клинической ситуации. Определения показаний и выбора метода обезболивания. Выполнения эпизиотомии. Проведения дифференциальной диагностики и оценки рисков потенциальных осложнений процедуры для матери и плода.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7
Вакуум-экстракция плода.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определения строгих показаний и абсолютных условий для проведения вакуум-экстракции. Технике правильного наложения вакуум экстрактора. Диагностики и документирование возможных осложнений у плода (кефалогематома, кровоизлияние в сетчатку). Оформление медицинской документации (протокол операции).	
Задний вид затылочного предлежания. Мануальная ротация.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Диагностики заднего вида затылочного предлежания при влагалищном исследовании. Определении показаний и условий для выполнения мануальной ротации. Техника мануальной ротации головки плода при полном раскрытии шейки матки.	
Акушерские щипцы	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определении строгих показаний и абсолютных условий для наложения акушерских щипцов. Выбор типа акушерских щипцов в зависимости от ситуации.	

	Техника наложения акушерских щипцов. Выполнение тракций, имитирующих естественный биомеханизм родов. Диагностика и профилактика возможных осложнений для матери (разрывы) и плода (гематомы, повреждение лицевого нерва). Оформление протокола операции наложения акушерских щипцов.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7
Интранатальный мониторинг за состоянием плода.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Интерпретация данных кардиотокографии (КТГ) в реальном времени: базальный ритм, вариабельность, акцелерации, децелерации. Дифференциальная диагностика патологических типов КТГ Определение показаний к экстренному родоразрешению на основании данных КТГ. Взятие анализа крови из предлежащей части плода (КЩС) для уточнения состояния. Интерпретация результатов КЩС	
Ведение партограммы. Разбор ситуационных задач.	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Правильное заполнение всех разделов партограммы: раскрытие шейки матки, продвижение головки, схватки, состояние матери и плода по стандартам всемирной организации здравоохранения. Оценка динамики родов: выявление аномалий родовой деятельности Принятие клинических решений на основе анализа партограммы (амниотомия, окситоцин, оперативное родоразрешение).	
Тазовое предлежание плода. Наружный акушерский поворот. Роды в тазовом предлежании. Наложение акушерских щипцов на последующую головку плода	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определение показаний и условий для выполнения наружного акушерского поворота (НАП). Техника выполнения НАП. Контроль состояния плода во время и после НАП. Ведение первого и второго периода родов при тазовом предлежании. Приемы по коррекции осложнений (запрокидывание ручек плода и задержка рождения головки плода) при родах в тазовом предлежании.	

Кесарево сечение	Принятие решения о плановом или экстренном кесаревом сечении при тазовом предлежании. В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Определение абсолютных и относительных показаний к операции кесарева сечения. Оценка условий для проведения операции. Ассистирование во время операции Техника разреза на матке Техники извлечения плода. Ведение послеоперационного периода: профилактика кровотечения, тромбозов, инфекций.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-
Послеродовое кровотечение. Хирургический гемостаз	В рамках изучения темы обучающиеся приобретут навыки: Ранняя диагностика и оценка тяжести послеродового кровотечения (по объему кровопотери, клинике). Дифференциальная диагностика причин кровотечения (атония, травма, коагулопатия, задержка частей последа). Выполнение наружного бимануального массажа матки. Выполнение ручного обследования полости матки. Наложение компрессионных швов на матку (B-Lynch, Hayman) на тренажере. Техника перевязки магистральных сосудов (маточных, яичниковых артерий). Выполнение тампонады матки баллоном Определение показаний к экстренной гистерэктомии как к методу окончательного гемостаза. Инфузионно-трансфузионная терапия при массивной кровопотере (расчет объемов, компоненты крови).	

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ И ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации: Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании) ID: 636_2
2. Клинические рекомендации: Преждевременные роды ID: 331_2
3. Клинические рекомендации: Тазовое предлежание плода ID: 626_2
4. Клинические рекомендации: Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора) ID: 775_1
5. Клинические рекомендации: Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери ID: 774_1
6. Клинические рекомендации: Послеродовое кровотечение ID: 119_2
7. Клинические рекомендации: Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика. Дистоция плечиков ID: 595_3
8. Клинические рекомендации: Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения ID: 639_2

Литература:

1. Национальное руководство. Акушерство. М, ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Акушерские операции: Руководство / В.В. Абрамченко// Санкт-Петербург: ООО «Нормиздат», 2005.
3. Неотложные состояния в акушерстве. Руководство для врачей/ В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов, А.В. Пырегов, В.Л. Тютюнник, Р.Г. Шмаков; М., ГЭОТАР, 2011.
4. В.А. Петрухин К.Н. Ахвледиани, Л.С. Логутова, Н.М. Иванкова, А.П. Мельников, М.А. Чечнева, Н.Ф. Башакин, Т.С. Коваленко, Т.В. Реброва. Вакуум-экстракция плода в современном акушерстве. «Российский вестник акушера-гинеколога». 2013 г. - том 13, № 6, стр. 53-59.
5. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Фонд ООН по народонаселению, ЮНИСЕФ, Всемирный банк Нормальные роды и родоразрешение. В руководстве для врачей и акушеров «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Единые подходы к оказанию помощи при беременности и в родах» // Руководство, 2000, в ред. 2003
6. ACOG Practice Bulletin No 71 American College of Obstetricians and Gynecologists CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS NUMBER 71, APRIL 2006
7. Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. Obstet Gynecol 1995; 86:14–7.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Neonatal brachial plexus palsy. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2014.
9. Menticoglou S. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms and management strategies. International Journal of Women's Health 2018:10
10. Gherman RB, Goodwin TM, Souter I, Neumann K, Ouzounian JG, Paul RH.

The McRoberts' maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:656–61.

11. Gherman RB, Ouzounian JG, Incerpi MH, Goodwin TM. Symphyseal separation and transient femoral neuropathy associated with the' maneuver. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:609–10.

12. O'Leary JA. Cephalic replacement for shoulder dystocia: present status and future role of the Zavanelli maneuver. *Obstet Gynecol* 1993; 82:847–50.

13. WHO recommendations for induction of labour, 2014

14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Diabetes in pregnancy. Management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period. Clinical Guideline 63. London: NICE; 2008.

15. Баскетт Т. Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушерство Монро Кеппа // Москва 2010, 380с.

16. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998; 43:439–43.

17. Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:784. e1–7.

18. Menticoglou SM. A modified technique to deliver the posterior arm in severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 108:755–7.

19. Cluver CA, Hofmeyr GJ. Posterior Axilla Sling Traction: A Technique for Intractable Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1–1

20. German R. Posterior axillary sling traction: another empiric technique of shoulder dystocia allevation? *Obstet Gynecol* 2009; 113:478–9.

21. Steps to overcome shoulder dystocia. WHO. 2012

22. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:479–84.

23. Williams Obstetric, 24 th edition / Medical 2014.

24. O'Shaughnessy MJ. Hysterotomy facilitation of the vaginal delivery of the posterior arm in a case of severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1998; 92:693–5.

25. Zuckerwise LC, Hustedt MM, Lipkind HS, Funai EF, Raab CA, Pettker CM. Effect of Implementing a Standardized Shoulder Dystocia Documentation Form on Quality of Delivery Notes *J Patient Saf* 2016.

26. Видеофильм по задней аксиллярной тракции: <https://www.youtube.com/watch?v=j43OHXG1tH4>.

27. The maternal early warning criteria: A proposal from the national partnership for maternal safety. Mhyre JM, D'Oria R, Hameed AB, Lappen JR, Holley SL, Hunter SK, Jones RL, King JC, D'Alton ME *Obstet Gynecol*. 2014;124(4):782

28. Suture versus staples for skin closure after cesarean: a metaanalysis. Mackeen AD, Schuster M, Berghella V *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(5):621.e1.

29. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. AUROberge S, Demers S, Berghella V, Chaillet N, Moore L, Bujold E *SOAm J Obstet Gynecol*. 2014;211(5):453. Epub 2014 Jun6

30. Single versus double-layer uterine closure at caesarean: impact on lower

uterine segment thickness at next pregnancy. AJOG 2017

31. Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Di Spiezio Sardo A, Saccone G, McCurdy R, Bujold E, Bifulco G, Berghella V *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(5):578. Epub 2017 Oct 9.

32. Uterine exteriorization compared with in situ repair for Cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Zaphiratos V, George RB, Boyd JC, Habib AS . *Can J Anaesth.* 2015 Nov;62(11):1209-1220. Epub 2015 Aug 22

33. Manual removal versus spontaneous delivery of the placenta at cesarean section in developing countries: a randomized controlled trial and review of literature

34. Ahmed Kamel ORCID Icon, Akmal El-Mazny, Emad Salah, Wafaa Ramadan, Ahmed M.

Итоговая аттестация проводится в виде итогового тестирования.

Результат итогового тестирования оценивается по системе зачет/незачет
Критерием оценки служит следующая шкала количества верных ответов (в %):

- 0 - 70 % - не сдано;

- 71 - 100 % - сдано;

Фонд оценочных средств представлен в приложении 1.

Слушателям, успешно завершившим курс обучения, выдается удостоверение установленного образца.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ:

Программа повышения квалификации будет реализоваться в учебных помещениях ГБУ КО «Региональный перинатальный центр» (лекционный зал).

Для реализации программы обучения имеются специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными средствами обучения,
- манекены для отработки навыков приема родов в головном, тазовом предлежании, лечения плечевой дистонии, наложения акушерских щипцов Симпсона, Пайпера, вакуум-экстракции плода, трудного извлечения при кесаревом сечении, наружного акушерского поворота, хирургического гемостаза.

1. Мультимедийное оборудование для демонстрации слайдов с возможностью входа в интернет, подключения к локальной сети, проведения видеоконференций

2. Стол офисный (для лектора)

3. Стул офисный (для лектора)

4. Стулья (для слушателей)

Симуляционный класс

1. Рабочее место сотрудника центра

2. Стол офисный

3. Стул офисный

4. Компьютер с доступом в интернет, локальной сети, возможностью проведения видеоконференций (желательно переносной)

5. МФУ (принтер, сканер)

6. Шкаф для хранения инвентаря и расходный материалов (2 шт.)

7. Стол офисный для размещения симуляционного оборудования (4 шт.)

8. Симулятор полного рождения плода

9. Симулятор оперативных влагалищных родов

10. Внутриматочный баллон с влагалищным модулем

11. Мерная емкость (1 л)

12. Весы с функцией измерения до граммов

13. Акушерские щипцы Симпсона

14. Вакуум-экстрактор
15. Модель костей скелета женского таза
16. Тренажер кесарева сечения
17. Иглодержатели (6 шт.)
18. Хирургические пинцеты (6 шт.)
19. Щипцы Пайпера.
20. Модели маток для отработки компрессионных швов (5 шт.)

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Входное тестирование

Вариант 1

1. Обозначьте безопасный уровень высоты стояния головки плода относительно спинальной плоскости при влагалищных родоразрешающих операциях.
 - a) – 2
 - b) 0
 - c) + 1
 - d) + 2
2. Что является проводной точкой при переднеголовном вставлении?
 - a) Малый родничок
 - b) Расстояние между малым и большим родничком
 - c) Большой родничок
 - d) Передняя теменная кость
3. Какое асинклитическое вставление головки ассоциировано с клиническим несоответствием головки плода тазу матери?
 - a) передний асинклитизм
 - b) асинклитизм Редерера
 - c) задний асинклитизм
 - d) асинклитизм Негеле
4. Какие акушерские щипцы необходимо использовать для наложения на головку плода при преждевременных родах?
 - a) Щипцы Пайпера
 - b) Щипцы Килланда
 - c) Щипцы Симпсона-Брауна
 - d) Щипцы Чемберлена
5. Назовите гестационный срок, при котором велик риск перинатальных повреждений при родах в тазовом предлежании.
 - a) 26 – 32 нед.
 - b) менее 35 нед
 - c) менее 37 нед
 - d) любой срок
6. Что такое модифицированный биофизический профиль плода?
 - a) ИАЖ + Допплеровское исследование артерии пуповины
 - b) КТГ + нестрессовый тест плода
 - c) ИАЖ + нестрессовый тест плода
 - d) КТГ + УЗИ
7. С какой кратностью необходимо обозначать в партограмме характер околоплодных вод?
 - a) каждые 4 часа

- b) каждые 2 часа
- c) каждый час
- d) каждые 30 мин
- 8. Укажите проводную точку, на которую накладывают чашечку вакуум-экстрактора при переднем виде затылочного вставления.
 - a) На середину расстояния между малым и большим родничком
 - b) На 3 см от малого родничка по стреловидному шву
 - c) На 3 см от большого родничка по стреловидному шву
 - d) Точка разная в зависимости от вставления головки и вида
- 9. Какой рукой выводят левую заднюю ручку плода при дистоции плечиков?
 - a)левой
 - b)правой
- 10. Какой прием применяют при дистоции плечиков?
 - a) Прием Морисо-Смелли-Вейта
 - b) Прием Гаскин
 - c) Прием Вастена
 - d) Винт Редерера

Вариант 2

- 1. Какой уровень высоты стояния головки соответствует опускание ее на III параллельную плоскость?
 - a) - 2
 - b) 0
 - c) + 1
 - d) + 2
- 2. При каком виде лицевого предлежания возможны роды через естественные родовые пути?
 - a) Переднем
 - b) Заднем
 - c) И при переднем и при заднем
 - d) Роды вообще не возможны
- 3. Определите признаки клинического несоответствия головки плода тазу матери.
 - a) Передний асинклитизм
 - b) Низкое поперечное стояние стреловидного шва
 - c) Конфигурация головки ++
 - d) Высокое прямое стояние стреловидного шва
- 4. Какие акушерские щипцы необходимо использовать для наложения на последующую головку плода при тазовом предлежании?
 - a) Щипцы Пайпера
 - b) Щипцы Килланда
 - c) Щипцы Симпсона-Брауна
 - d) Щипцы Чемберлена

5. В каких сроках нельзя проводить наружный акушерский поворот?
 - a) в 35 нед
 - b) в 37 нед.
 - c) в 41 нед.
 - d) в I периоде родов
6. С какой кратностью необходимо обозначать в партограмме частоту сердечных сокращений плода?
 - a) Каждые 15 мин
 - b) Каждые 30 мин
 - c) Каждый час
 - d) По мере необходимости
7. Что такое поздние децелерации?
 - a) Децелерации не зависят от схваток
 - b) Децелерации возникающие с началом схватки и проходящие по окончанию схватки
 - c) Децелерации атипичной формы
 - d) Децелерации возникающие в середине схватки и проходящие спустя какое-то время после окончания схваток
8. Укажите проводную точку, на которую накладывают чашечку вакуум-экстрактора плода при заднем виде затылочного вставления.
 - a) На середину расстояния между малым и большим родничком
 - b) На 3 см от малого родничка по стреловидному шву
 - c) На 3 см от большого родничка по стреловидному шву
 - d) Точка разная в зависимости от вставления головки и вида
9. Какой рукой выводят правую заднюю ручку плода при дистоции плечиков?
 - a)левой
 - b)Правой
10. Какой прием не применяют при дистоции плечиков?
 - a) Прием Залинга
 - b) Прием МакРобертса
 - c) Прием Заванелли
 - d) Винт Вудса

Итоговое тестирование

Вариант 1

1. Для чего используются в акушерстве классические плоскости таза?
 - a) Для определения степени сужения таза
 - b) Для понимания биомеханизма родов
 - c) Для определения объективных критериев этапного продвижения головки плода
 - d) Для определения конфигурации головки плода
2. При каком угле прогрессии возможны роды через естественные родовые пути?

- a) 75°
 - b) 96°
 - c) 112°
 - d) 134°
3. Что относится к методам «внутриутробной реанимации плода»?
- a) Немедленное родоразрешение
 - b) Вскрытие плодного пузыря
 - c) Проба Залинга
 - d) Смена положения матери
4. Какой рукой проводят мануальную ротацию при следующей ситуации: стреловидный шов в левом косом размере, большой родничок справа спереди?
- a) Правой
 - b)левой
5. Напишите причины соскальзывания чашечки вакуум-экстрактора с головки плода?
- a) Неправильное направление тракций
 - b) Отсутствие адекватного обезболивания
 - c) Сила тракций 10 кг
 - d) Создание вакуума 600 мм рт ст
6. Какому временному значению соответствует понятие затянувшаяся латентная фаза?
- a) 20 часов у первородящих, 14 часов у повторородящих
 - b) 20 часов у первородящих и повторородящих
 - c) 24 часа у первородящих и 18 часов у повторородящих
 - d) 14 часов у первородящих и 8 часов у повторородящих
7. Какие противопоказания для проведения забора крови из подлежащей головки плода для определения газового состава?
- a) Инфекция В 20
 - b) Раскрытие шейки матки 4 см
 - c) Отсутствие амниоскопа
 - d) Сомнительный характер КТГ
8. Определите показание для наложения щипцов Килланда.
- a) Низкое поперечное стояние стреловидного шва
 - b) Высокое прямое стояние стреловидного шва
 - c) Передний асинклитизм
 - d) Головка в широкой части малого таза
9. Что является эффективной доказанной профилактикой дистоции плечиков?
- a) Индукция родов в 39-40 нед у беременных с гестационным сахарным диабетом и нормальными размерами плода
 - b) Индукция родов в 39-40 нед при предполагаемом весе плода больше 4 кг
 - c) Элективное кесарево сечение при гестационном сахарном диабете и предполагаемом весе плода более 4,5 кг

- d) Форсирование потуг во втором периоде родов
- 10. Какие манипуляции не выполняются при принятии родов в тазовом предлежании?
 - a) Освобождение петли пуповины при рождении плода до тазового кольца
 - b) Контроль за поворотом плода в передний вид
 - c) Обертывание плода в пеленку
 - d) Внутривенное введение атропина для предотвращения спазма шейки матки.

Вариант 2

- 1. Для чего используются в акушерстве параллельные плоскости таза?
 - a) Для определения степени сужения таза
 - b) Для понимания биомеханизма родов
 - c) Для определения объективных критериев этапного продвижения головки плода
 - d) Для определения конфигурации головки плода
- 2. Для чего используется в акушерстве угол прогрессии?
 - a) Для определения разгибательного вставления
 - b) Для определения периода родов
 - c) Для определения возможности родов через естественные родовые пути
 - d) Для определения возможности поворота головки из заднего вида в передний
- 3. Какие изменения на КТГ относятся к угрожающим?
 - a) Ранние децелерации
 - b) Поздние децелерации
 - c) Типичные переменные децелерации
 - d) Тахикардия 170 уд в мин
- 4. Какой рукой проводят мануальную ротацию при следующей ситуации: стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок слева спереди?
 - a) Правой
 - b)левой
- 5. Что такое глубина введения чашечки вакуум-экстрактора?
 - a) Расстояние от края малого родничка до задней спайки
 - b) Расстояние от проводной точки на головке плода до задней спайки
 - c) Расстояние от края малого родничка до метки на тросике вакуум-экстрактора
 - d) Расстояние от чашечки вакуум-экстрактора до метки на тросике
- 6. Какова по современным данным минимально допустимая скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов?
 - a) 0,5 см/час у первородящих, 1 см/час у повторнородящих
 - b) 0, 5 см/час у первородящих и повторнородящих
 - c) 1 см/час у первородящих и повторнородящих
 - d) 1 см/час у первородящих, 1,5 см/час у повторнородящих

7. При каких значениях лактата крови, взятой из кожи предлежащей головки плода, необходимо экстренное родоразрешение?

- a) 3,5
- b) 4,2
- c) 4,5
- d) 6,3

8. Какие манипуляции являются правильными для наложения щипцов Пайпера?

a) При введении левой ложки тело плода отводят вправо, при введении правой ложки тело плода отводят влево.

- b) Ложки щипцов накладывают сверху над телом плода
- c) Ложки щипцов накладывают снизу под телом плода
- d) Сначала накладывают правую ложку, затем левую

9. Какое максимально допустимое время требуется для выполнения того или иного приема при оказании помощи при дистоции плечиков?

- a) 15 сек
- b) 30 сек
- c) 60 сек
- d) 75 сек

10. Что относится к базовым перинатальным практикам?

- a) Очищение кишечника перед родами
- b) Использование стерильной одноразовой одежды в родах
- c) Бритье промежности перед родами
- d) Свободное положение роженицы во время родов

Ситуационные Задачи

1. Повторнобеременная повторнородящая пациентка, 32 лет, срок гестации 39 недель, находится в родовом отделении, в анамнезе срочные роды в 2016 г, прошли без осложнений, родился мальчик 3400 гр.

Осмотр в 08:00: состояние удовлетворительное, АД 115/80, пульс 89 уд в мин, ВДМ 36 см, ОЖ 98 см, матка в нормотонусе, родовая деятельность регулярная, схватки через 2-3 мин, по 30-40 секунд, положение плода продольное, предлежит головка плода, сердцебиение плода 145 уд/мин, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок слева спереди, высота стояния головки относительно спинальной плоскости -3, конфигурация головки 0, асинклитизма, родовой опухоли нет. Второй период родов с 07:00, данные влагалищного исследования не изменились.

Диагноз. Тактика.

2. Первобеременная первородящая пациентка, 25 лет, поступила в родовое отделение в 05:30 с регулярной родовой деятельностью в активную фазу первого периода срочных родов с открытием 6 см, подтеканием светлых околоплодных вод. Осмотр 07:30: состояние удовлетворительное, АД 120/75, пульс

90 уд/мин, ВДМ 38 см, ОЖ 95 см, матка в нормотонусе, схватки через 2-3 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 80-90 уд/мин, не восстанавливается после схватки, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном, высота стояния головки относительно спинальной плоскости +3, конфигурация головки +, асинклитизма нет, родовая опухоль небольшая.

Диагноз. Тактика.

3. Повторнобеременная первородящая пациентка 39 лет, госпитализирована в родовое отделение в 14:00 в первом периоде срочных родов, латентной фазе (с открытием 3 см). В 20:00 получена патологическая кардиотокограмма (поздние децелерации). Осмотр: состояние удовлетворительное, АД 130/85, пульс 96 уд/мин, ВДМ 37 см, ОЖ 100 см, матка в нормотонусе, схватки через 2-3 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 140 уд/мин – падает после схватки до 80-90 уд/мин, восстанавливается, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном, высота стояния головки относительно спинальной плоскости +2, конфигурация головки 0, асинклитизма, родовой опухоли нет.

Диагноз. Тактика.

4. Повторнобеременная повторнородящая пациентка, 28 лет, госпитализирована в родовое отделение в 13:00 во втором периоде срочных родов. В 13:15 кардиотокограмма: ранние децелерации. Осмотр: состояние удовлетворительное, АД 120/85, пульс 78 уд/мин, ВДМ 38 см, ОЖ 100 см, матка в нормотонусе, схватки через 3-4 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 140 уд/мин – падает на схватку до 90 уд/мин, восстанавливается сразу после окончания схватки, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие полное, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, подтекают светлые воды, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, высота стояния головки относительно спинальной плоскости +1, конфигурация головки 0, асинклитизма, родовой опухоли нет.

Диагноз. Тактика.

5. Первобеременная первородящая пациентка 30 лет поступила в отделение дородовой госпитализации с диагнозом: Беременность 38 недель. Чистоягодичное предлежание плода. Гестационный сахарный диабет, компенсированный диетой.

Данные УЗИ: ПМП 3000 гр, ИАЖ 11 см, PI UA 0,91 (норма)

Диагноз. Тактика.

6. Первобеременная первородящая пациентка, 26 лет, поступила в родовое отделение с диагнозом: 1 период преждевременных родов в сроке 27, 3 недели. Ножное предлежание плода. Хронический пиелонефрит, ремиссия.

Осмотр: состояние удовлетворительное, АД 120/82, пульс 78 уд/мин, ВДМ 27 см, ОЖ 88 см, матка в нормотонусе, схватки через 3-4 мин по 30-40 сек, сердцебиение плода 140 уд/мин, данные влагалищного исследования: шейка матки

сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежат стопы плода.

Диагноз. Тактика.

7. Повторнобеременная повторнородящая 35 лет, поступила в родовое отделение с регулярной родовой деятельностью, с открытием 6 см в 09:00.

13:00 осмотр: состояние удовлетворительное, АД 117/65, пульс 78 уд/мин, ВДМ 40 см, ОЖ 102 см, матка в нормотонусе, схватки через 2 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 140 уд/мин, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см, края шейки отечные, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, подтекают светлые воды, стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок слева спереди, высота стояния головки относительно спинальной плоскости -3, конфигурация головки +++, асинклитизма нет, родовая опухоль выраженная.

Диагноз. Тактика.

8. Первобеременная первородящая 29 лет, находится в родовом отделении, в 16:55 самостоятельно произошло рождение головки ребенка, в 16:56 плечики не родились, симптом «черепahi» положительный, двойное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода.

Диагноз. Тактика.

9. Повторнобеременная первородящая пациентка поступила в родовое отделение в активной фазе первого периода срочных родов с открытием 5 см, отхождением светлых околоплодных вод. При записи кардиотокограммы зафиксирована тахикардия плода (180 уд/мин), вариабельность 7 уд/мин, децелерации отсутствуют.

Диагноз. Тактика.

10. Повторнобеременная повторнородящая пациентка 36 лет, находится в родовом отделении. В 21:20 кардиотокограмма: атипичные вариабельные децелерации.

Осмотр 21:30: состояние удовлетворительное, АД 129/68, пульс 65 уд/мин, ВДМ 37 см, ОЖ 102 см, матка в нормотонусе, схватки через 3-4 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 125 уд/мин - 89 уд/мин, данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, предлежит головка плода, плодного пузыря нет, подтекают светлые воды, стреловидный шов в поперечном размере, большой родничок слева, высота стояния головки относительно спинальной плоскости +2, конфигурация головки +, асинклитизма нет, родовая опухоль незначительная.

11. Повторнобеременная повторнородящая пациентка, 28 лет, срок беременности 39 нед., госпитализирована в родовое отделение в 13:00. Жалобы на схватки потужного характера, АД 160/100, пульс 78 уд/мин, схватки через 2 мин по 40-50 сек, сердцебиение плода 140 уд/мин. В 13:15 на высоте схватки появились судороги.

12. Диагноз. Тактика.