Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Протокол № 9 от 30.04.2021

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

 *для специальности 31.05.01 Лечебное дело*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| УК1:Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действийИнд.УК1.1. Способность выявлять проблемные ситуации в профессиональной деятельностиПК3 Способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных.Инд.ПК3.1. Готовность к сбору жалоб пациента, истории его заболевания и жизни.ПК5 Способность и готовность к определению у пациента показаний для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи.Инд.ПК5.1. Готовность к направлению пациента для консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний и интерпретации полученных результатовОПК-1: Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельностиИнд.ОПК1.1. Способность анализировать содержание этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности с учетом культурных, религиозных ценностейИнд.ОПК1.3: Способность соблюдать интересы пациента, принцип профессиональной конфиденциальности Способность соблюдать интересы пациента, принцип профессиональной конфиденциальностиОПК2 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населенияИнд.ОПК2.1. Способность определять наиболее эффективные методы и средства информирования населения о здоровом образе жизни, повышение его грамотности в вопросах профилактики заболеванийГотовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения.Инд.ПК6.1. Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | ЗНАТЬосновные нормативно-технические документы по охране здоровья взрослого и женского населения; деятельность органов и учреждений системы охраны материнства и детства (ОМД)Уметьсоставить исчерпывающее лаконичное заключение на основании анализа данных о состоянии здоровья и санитарно- пидемиологической обстановке в учрежденииВладетьнавыками заполнения медицинской документации (амбулаторной карты, экстренного извещения)ЗНАТЬклиническую картину; методы непосредственного обследования больного, лабораторной и инструментальной диагностики, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, схемы академической истории болезни.Уметьопределить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента, оценить состояние пациента и принять решение о необходимости оказания ему медицинской помощи; поставить предварительныйВладеть Навыками непосредственного обследования больного, навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написания истории болезни и амбулаторной карты.Владеть навыками алгоритмов постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; алгоритмом развернутого клинического диагноза.Знатьосновные социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственников и пр.);Уметьопределить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, определить этапы развития, в том числе профессиональной патологии (представить современную классификацию профессиональных заболеваний, выделить условно- и собствеВладетьпредоставления информации в устной и письменной форме.Знатькомплекс 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 возникновенияУметьпроводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществление диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больнымВладетьприменением социально-гигиенически методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья пациентов по профилю акушерство и гинекологияЗнатьэтиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме Уметьпровести первичное обследование систем и органов, поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих  | # К признакам живорождения относят наличие:розового цвета кожных покровов +пульсации пуповинырефлексовтонуса мышц. # Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности:+до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недельнезависимо от срока беременности# [Медицинские критерии](http://ivo.garant.ru/#/document/70113066/entry/1000) рождения утверждены приказом:+Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н"О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи"Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"Конституцией Российской ФедерацииПорядком оказания акушерско-гинекологической помощи# Какая глава Федерального закона N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентирует вопросы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья?глава 1глава 3глава 5+глава 6глава 10# Какие отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и определяет:правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья гражданправа и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих правполномочия и ответственность органов государственной власти РA, органов государственной власти субъектов РA и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников+все ответы верны# Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является:диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периодапредупреждение и ранняя диагностика патологии новорожденныхпредупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности+предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных# Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации регламентирован:+приказ 572н Минздрава РФ от 1 ноября 2012 годаприказ 808н Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 годаприказ 752н Минздрава РФ от 12 ноября 2012 годаприказ 484н Минздрава РФ от 14 октября 2003 года# Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности проводится в сроки:10-12, 18-22, 30-32 недели+11-14, 18-21, 30-34 недели7-8, 11-14, 20-21 недели11-14, 20-21, 32-34 недели10-12, 18-21, 32-34 недели# На медицинские учреждения какой формы собственности распространяется Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации?государственные медицинские учреждениячастные медицинские учреждения+на все медицинские учреждения вне зависимости от формы собственностимуниципальные медицинские учреждения# Искусственное прерывание беременности по наличии медицинских показаний проводится при сроке беременности:до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недель+независимо от срока беременности# Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736т определяет:+перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременностиперечень социальных показаний для искусственного прерывания беременностиперечень медицинских и социальных показаний для искусственного прерывания беременностипротивопоказания к прерывания беременности# Медицинскими критериями рождения являются:+срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, - при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)срок беременности 22 недели и болеемасса тела ребенка при рождении 500 грамм и более ( или менее 500 грамм при многоплодных родах)длина тела ребенка при рождении 25 см и более# Медицинская стерилизация это:+медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по устному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше двадцати лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее пятерых детей# В Российской Федерации проводятся следующие виды экспертиз:экспертиза временной нетрудоспособностимедико-социальная экспертизавоенно-врачебная экспертизасудебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизаэкспертизы профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией+все ответы верны# Законодательством Российской Федерации за незаконное проведение искусственного прерывания беременности установлена ответственность:+административная и уголовнаяадминистративнаяуголовнаясудебная# Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях:+в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощитолько на основе платных услугтолько по договорам добровольного медицинского страхованиявсе ответы верны |
|  | # Пациентка 30 лет. По данным ультразвукового исследования диагностирована беременность тройней. В каком сроке беременности и какой продолжительностью будет выдан листок нетрудоспособности по беременности и родам?в 30 недель на 140 дней+ в 28 недель на 194 дняв 30 недель на 194 дняв 28 недель на 156 днейв 32 недели на 70 дней# Пациентка 42 лет. Родоразрешена операцией кесарева сечения в плановом порядке по поводу тазового предлежания крупного плода. Что является показанием для выдачи дополнительного листка нетрудоспособности по беременности и родам на 16 дней?+оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечениетазовое предлежание плодакрупный плодвозраст пациентки 42 года.# По факту рождения ребенка родителям новорожденного для регистрации его в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) в родильном доме выдается:свидетельство о рождении ребенкалисток по факту рождения ребенка+медицинское свидетельство о рожденииобменная карта новорожденногопаспорт новорожденного#Заполнение листка нетрудоспособности в бумажной форме проводится:ручкой с синими чернилами+гелиевой ручкой с черными черниламишариковой ручкой с черными черниламитребований к письменным принадлежностям нет. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
|  |  | # Своевременные роды – это роды в: сроке 38-41 неделя гестации+сроке 37 нед 1 день-41 неделя36 недель-40 недель37-42 недели# В родах обязательным является ведение:+партограммыкрипрогрмаммыфонограммыэлектрокардиограммы# Семейно-ориентированные роды это:+роды с участием членов семьиРоды, проходящие в домашних условияхРоды вне лечебного учрежденияРоды только в перинатальных центрах# Объективные признаки начала родовОтсутствие открытия шейки матки Нерегулярные схваткообразные боли внизу животаБурное шевеление плода+Регулярные схватки чрез 10 минут и чаще# При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен:Оценить состояние роженицы и выслушать сердцебиение плодаВсе ответы верны+Провести наружний акушерский осмотр и внутренне акушерское исследованиеУстановить диагноз при поступлении и выработать план ведения родов# Постоянный мониторинг за состоянием плода в родах показан:Переношенная беременностьПреэклампсияСахарный диабетМекониальная окраска вод+Все вышеперечисленное# Для обезболивания в родах используются:Внутривенная аналгезияСпазмолитики+Наркотические анальгетикиВ родах обезболивание не используется#При поступлении роженицы в родильный блок врач должен:провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазуОпределить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуациюОценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов+все ответы верны# Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу:1,2 см/час2,5 см/час+0,35 см/час1,5 см/час# Второй период родов длится:С начала потужной деятельностиС открытия маточного зева 8 смЗаканчивается рождением последа+с момента полного открытия до рождения ребенка# Максимальная длительность третьего периода родов:+30 минут1 час5-7 минут беременности45 минут# Во втором периоде родов акушерка должна находиться с роженицей:По требованию роженицы+постоянноКаждые 10 минутНе должна быть в род зале# Признаки удовлетворительного состояния ребенка при рождении:+розовый цвет кожичастота сердечных сокращений менее 100 в минутуредкое дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крикСинюшная окраска кожиЧастота сердечных сокращений 60 ударов в минуту# Пережатие и отсечение пуповины происходит:сразу после рождения ребенкачерез 30 секунд+через 1 минуту, но не более 10 минут после рождения ребенкаПо желанию женщины# С целью профилактики кровотечения в родах используется:+10 ЕД окситоцинаэнзапрост25 ЕД окситоцинаДицинон 500 ЕД# Допустимая кровопотеря в родах+Не более 0,5 % от массы тела1% от массы тела0,25 % от массы тела1,5 % от массы тела |
|  | # Первобеременная пациентка 30 лет поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 39 см. Выберете способ родоразрешения:+экстренное кесарево сечениеСамостоятельные роды с оказанием пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды без оказания пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды с оказанием пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и пособия по Морисо-Левре-Лашапель# Пациентка 22 лет. Родила мальчика весом 3500 г 54 см. Через 30 минут послед не отделился, кровотечения нет, признаки отделения последа положительные. Ваша тактика:+выделение последа наружными способами по Абуладзе, Гентеру или Креде -ЛазаревичуРучное отделение и выделение последа под внутривенным обезболиваниемРучное отделение и выделение последа без обезболиванияНеобходимо подождать еще 30 минут# Пациентка 30 лет поступила в родом с жалобами на кровянистые безболезные умеренные выделения из половых путей на фоне абсолютного спокойствия. Матка в нормотонусе, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 144 уд в минуту. Положение плода поперечное. Ваш диагноз:Прежедевременная отслойка нормально расположенной плаценты+Предлежание плацентыЭрозия шейки маткиКровоточащий полип цервикального канала |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
|  |  | # Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет15–20% 25–30% +35–40% 45–50% 55–60% # Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков4 5 Не менее 6 7 + 8 и более # Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин являетсяЧисло осмотренных женщин Число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет Число женщин, направленных на лечение в санатории +Доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин Правильно а) и б) # Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя: 1) Знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории 2) Выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности 3)Знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать 4)Знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий +Верно 1, 2, 3 Верно 1, 2 Все перечисленное правильно Верно 4 Ничего из перечисленного неправильно# Понятие «планирование семьи», вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают 1) избежать нежелательной беременности 2) регулировать интервалы между беременностями 3) производить на свет желанных детей 4) повышать рождаемость +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больныес бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции 2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов 3) с доброкачественными опухолями половой сферы 4) с трихомониазом+верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы: 1) обследование женщины в женской консультации 2) обследование и лечение супружеской пары в консультации «Брак и семья» 3) стационарное обследование и лечение в гинекологическом (урологическом) отделении больницы, профильного НИИ 4) проведение периодических медицинских осмотров + верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается 1) медицинский осмотр контингента женщин, работающих во вредных условиях производства 2) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу 3) больных, состоящих на диспансерном учете 4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно +верно 4 все перечисленное неправильно # Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста 3) организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них 4) организацию выездных бригад медицинской помощи +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Основная цель перехода здравоохранения на медицинское страхование населения заключается в следующем улучшить медицинскую помощь населению 2) предоставить пациентам (потребителям медицинских услуг) свободу выбора лечащего врача и лечебно-профилактического учреждения 3) привлечь дополнительные ассигнования на затраты, связанные с оказанием медицинской помощи населению 4) увеличить заработную плату работникам здравоохранения за счет организации и интенсификации их труда +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все ответы правильны верно 4 все ответы неправильны # В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для: оценки готовности организма беременной к родам диагностики ранних сроков беременности оценки состояния плода диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки +всего перечисленного выше # Женщины с ДМК составляют группу риска 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил 3) по развитию опухолей гениталий 4) по развитию опухолей молочных желез верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +по всему перечисленному верно 4 ни по чему из перечисленного# Факторы риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия нарушение жирового обмена стрессовые ситуации нарушение менструального цикла верно а) и б) +все перечисленное# Факторы риска по возникновению рака шейки матки 1) более 3 родов в анамнезе 2) вирусная инфекция 3) ожирение 4) первичное бесплодие верно 1, 2, 3 +верно 1, 2 верно все перечисленное# В последние годы отмечается связь развития воспалительных трубоовариальных образований 1) с абортами, самопроизвольными выкидышами 2) с гистеросальпингографией, гистероскопией 3) с нахождением в полости матки внутриматочной спирали 4) с родами верно 1, 2, 3 верно 1, 2+со всем перечисленным верно 4 ни с чем из перечисленного |
|  | # Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии 1) предупреждение абортов 2) проведение реабилитации после аборта 3) своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов 4) учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +верно все перечисленное верно 4 все перечисленное неверно# При бактериальном вагинозе наблюдается + резкое снижение количества лактобактерий +увеличение рН вагинального содержимого +увеличение условно-патогенных микроорганизмов снижение местного иммунного статуса снижение рН вагинального содержимого# Предрасполагающие факторы к развитию эндометрита + диагностическое выскабливание +внутриматочные контрацептивы  использование комбинированной оральной контрацепции  длительная лактация  двое и более родов в анамнезе  |
|  | # Возбудителями неспецифического вагинита может быть хламидии  микобактерии +кишечная палочка трихомонады # Для профилактики вульвовагинита наиболее эффективны:спринцевание настоем травспермициды+кандон (презерватив) эубиотики  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
|   |  | # Под действием эстрогенов не происходит:ороговения эпителия влагалища и мочеполового трактапролиферации выводных протоков молочных желез+повышения выведения аскорбиновой кислоты с мочойпролиферации паренхимы молочных железпродукции шеечной слизи# Физиологическое повышение уровня пролактина происходитво время снав период лактациипри физической нагрузкепри перемене места жительства и стрессе+все ответы верны.# При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет0,2–0,3˚С+0,4–0,6˚С0,7–0,8˚С0,9–1,5˚С# Кариопикнотический индекс – это процентное отношениеэозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке+поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазкебазальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазкеповерхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам# Для мужского типа телосложения характерноуменьшение межакромиального расстоянияувеличение или уменьшение длины телаувеличение межвертельного размера+увеличение окружности грудной клеткиувеличение массы тела# Для евнухоидного типа характерно+увеличение длины телауменьшение длины ногувеличение межвертильного размеранеравные межакромиальные и межвертильные размеры# При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом+нормопонирующимантепонирующимпостпонирующимнерегулярным# Первая менструация может появиться у девочек среднего роста (159 – 162 см.) лишь при достижении ими массы тела+45 – 47 кг.48 – 50 кг.51 – 53 кг.54 кг и более# Задержка полового развития – это отсутствие+вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 16 г.вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 16 г.вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 18 г.вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 18 г.# Какое из следующих состояний часто встречается у новорожденных девочек и обычно не требует лечения?+слизистые выделения из влагалища;сращение половых губ;выпадение уретры;эктопия ануса.# Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:7-8 см;9-10 см;+10-12 см;15-18 см;19-20 см.# Матка располагается в малом тазу следующим образом:+тело и шейка матки располагаются под углом друг к другу;тело матки располагается в узкой части полости малого таза;влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются ниже уровня седалищных остей;все ответы правильные.# Среднее количество крови, которое теряет женщина во время менструации:150 – 200 мл;+50 – 70 мл;90 – 100 мл;100 – 150 мл;более 200 мл.# Наступление менструации не зависит от:стероидных гормонов яичника;чувствительности эндометрия к половым стероидам;количество гонадотропинов;+проходимости фаллопиевых труб.# Характеристика физиологической менструации:нерегулярная;+умеренная;болезненная;длительная;скудная. |
|  | # Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин являетсячисло осмотренных женщинчисло гинекологических больных, взятых на диспансерный учетчисло женщин, направленных на лечение в санатории+доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больныес бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функциивоспалительными заболеваниями женских половых органовс доброкачественными опухолями половой сферы+Все вышеперечисленные# Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотрконтингента женщин, работающих во вредных условиях производствадекретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работубольных, состоящих на диспансерном учете+женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний# Система гинекологической помощи детям и подросткам не включает следующие основные этапыработу в дошкольных и школьных учрежденияхорганизацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возрастаорганизацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них+организацию выездных бригад медицинской помощи |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
|  |   | # По результатам профилактических осмотров женщин формируют следующее число групп по состоянию здоровья: 3 4+5 6 2# Число групп диспансерного наблюдения составляет:+3 4 5 6 2# Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является: число осмотренных женщин число гинекологических больных, взятых на диспансерный учетчисло женщин, направленных на лечение в санатории +доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин # Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 ничего из перечисленного неправильно# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные 1) с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов 3) с доброкачественными опухолями половой сферы 4) с трихомониазом +верно 1, 2, 3 верно 1, 2все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно# Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр1) контингента женщин, работающих во вредных условиях производства2) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу 3) больных, состоящих на диспансерном учете 4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно +верно 4 все перечисленное неправильно# Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста 3) организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них 4) организацию выездных бригад медицинской помощи +верно 1, 2, 3верно 1, 2 все перечисленное правильноверно 4) все перечисленное неправильно# Профилактика развития рака эндометрия состоитв устранении нарушений овуляциив своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезнив применении гормональной терапии+во всем перечисленном# Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях являетсявизуальный осмотр кольпоскопиярадионуклеидный метод +цитологическое исследование мазков кульдоскопия# С какими заболеваниями шейки матки больные не должны состоять на учете у врача-гинеколога? рецидивирующий полипоз+простая форма лейкоплакиилейкоплакия с атипией дисплазия эритроплакия# К какой группе диспансерного учета следует отнести больную с подозрением на рак яичников? +Iа Iб IIIII IV# К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин 1) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет) 2) имеющих роды до 18 лет 3) перенесших вирусные заболевания половых органов 4) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва в родахверно 1, 2, 3 верно 1, 2 +всех перечисленныхверно 4никого из перечисленных# Профилактика рака шейки матки состоит 1) в диспансеризации больных с применением цитологического и кольпоскопического методов диагностики 2) в регулярных профилактических осмотрах женщин с цитологическим исследованием мазков3) в усовершенствовании работы смотровых кабинетов 4) в постоянной учебе кадров верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +во всем перечисленном верно 4 ни в чем из перечисленного# Факторы риска развития патологии молочных желез 1) раннее менархе2) отсутствие половой жизни 3) поздняя менопауза 4) ожирение, сахарный диабет верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +все перечисленные факторы верно 4 ничего из перечисленного# К группе риска по опухолям яичников относят женщин 1) с нарушением менструальной функции 2) с первичным бесплодием 3) с миомой матки 4) с эндометриозом верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +всех перечисленных верно 4 никого из перечисленных# Профилактика развития генитального эндометриоза 1) исключение (по возможности) специального гинекологического исследования во время менструации 2) проведение реабилитационных мероприятий после осложненных родов3) лечение больных с хроническим эндометритом, сальпингоофоритом 4) проведение диатермокоагуляции псевдоэрозии шейки матки за 1- 3 дня до начала менструации верно 1, 2, 3верно 1, 2 +верно все перечисленное верно 4 все перечисленное неверно# Осложнения оральной контрацепции, требующие отмены применяемых препаратов: прибавка в весе; нагрубание молочных желез; +тромбоз вен нижних конечностей;тошнота; нерегулярные маточные кровотечения. |
|  | # Проведение профилактического гинекологического осмотра начинается с:опрос апальпации живота и молочных желез +осмотра в зеркалахбимануального осмотравзятия мазков на микрофлору и онкоцитологию# Женщине 40 лет, соматически здоровой, имеющей 3-х детей, в дальнейшем не планирующей беременностей, предпочтительна с целью контрацепции: +хирургическая стерилизация; гормональная контрацепция; ВМС; постинор; презерватив# Замужней женщине 28 лет, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей, матери одного ребенка, необходима контрацепция: гормональная; хирургическая стерилизация; +ВМС; постинор; любой удобный для женщины метод контрацепции. |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**2.** «**Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся»**

**2.1. Содержание практических разделов дисциплины**

**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

*(практические, клинические занятия, самостоятельная работа)*

**2.1.1.Содержание клинических занятий по акушерству**

**для студентов 4 курса**

**VII семестр**

**Занятие 1. Организация работы акушерского стационара. Особенности эпидемиологического режима.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Структура акушерского стационара.

2. Организация работы приемного отделения, акушерского отделения, послеродового отделения, палаты патологии беременности.

3. Методы диагностики беременности.

4. Расчет срока гестации и времени предоставления дородового отпуска

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза «беременность ... нед.»

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, проверка рефератов, отработка практических навыков)

**Рефераты**

1. Понятие о родовом сертификате.
2. Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы.
3. Стратегия риска в акушерстве и перинатологии.
4. Формирование групп беременных с риском возникновения перинатального патологии.**»**

**Занятие 2. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие родовых путей. Таз с анатомической и акушерской точки зрения.

2. Размеры большого таза как ориентир размеров малого таза. Способы расчета истинной конъюгаты.

3. Проводная ось таза и угол наклонения таза, возможности его коррекции изменением положения в родах.

4. Физиологические признаки «зрелости» новорожденного, анатомические особенности строения головки плода.

5. Акушерские термины, характеризующие точное расположение плода в матке.

6.Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

 **Практические навыки:**

1. Умение выделять опознавательные пункты плоскостей таза для оценки за продвижением предлежащей части по родовым путям.

2. Умение провести пельвиометрию у пациентки и оценить ее результаты.

4. Уметь рассчитать истинную конъюгату для оценки плоскости входа в малый таз.

5. Оценивать «зрелость» новорожденного.

6. Уметь определять расположение плода в матке.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)

2. устная (устный опрос, отработка практических навыков)

**Занятие 3. Диагностика беременности. Методы обследования беременных. Оценка состояния плода. Пренатальная диагностика состояния плода.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

5. Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Выбрать один правильный ответ

Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки - это:

1) членорасположение,

2) вид,

3) предлежание,

4) позиция,

5) вставление.

Эталон ответа: 2

2. Выбрать все правильные ответы.

К общим методам обследования беременных относятся:

1) перкуссия

2) влагалищное исследование

3) УЗИ

4) опрос

5) осмотр

Эталон ответа: 1,4,5

3.Установить правильную последовательность

Установите алгоритм действий врача при доношенной беременности:

1) определение акушерской тактики

2) специальные методы исследования

3) общие методы исследования

4) установление клинического диагноза

5) дополнительные методы исследования

Эталон ответа: 3,2,5,4,1

4. Установить соответствие

Установите соответствие между размерами плоскости входа в малый таз и их цифровыми значениями.

Название размера: Величина размера:

1. прямой а) 13,5 см

2. косой б) 12 см

3. поперечный в) 11 см

Эталон ответа: 1в, 2б, 3а

Критерии оценки тестового контроля:

оценка «отлично» – правильные ответы на 91-100% тестовых заданий;

оценка «хорошо» – правильные ответы на 81-90% тестовых заданий;

оценка «удовлетворительно» – правильные ответы на 71-80% тестовых заданий;

оценка «неудовлетворительно» – правильные ответы на 70% и менее тестовых заданий.

 **Решение клинических задач:**

**Задача**

К акушерке ФАП 5 мая обратилась женщина 24 лет с жалобами на задержку месячных. Последняя менструация была с 15 по 19 марта. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Выделения умеренные, светлые.

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

4. Перечислите специалистов, консультацию которых должна получить беременная.

5. Назовите предположительные признаки беременности

Ответ.

1.Предположительный диагноз. Беременность 8 недель

2. Обоснование диагноза:

- наличие предположительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам;

- наличие вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз шейки матки и слизистой влагалища, увеличение матки до размеров женского кулака

2.Тактика акушерки:

1. собрать анамнез;

2. провести антропометрию;

3. измерить наружные размеры таза;

4. заполнить форму 111/у (индивидуальная карта беременной);

5. дать направления на анализы:

- общий анализ крови и мочи;

- определение группы крови и резус-принадлежности;

- анализ крови на RW, ВИЧ, вирусный гепатит В и С;

- микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, грибы рода кандида;

6. назначить следующую явку через 10 дней

4. Консультации врачей:

- терапевта – не менее двух раз;

- стоматолога – не менее двух раз;

- отоларинголога, офтальмолога не менее одного раза;

- других врачей по показаниям, с учетом сопутствующей патологии

5. Предположительные признаки беременности:

- тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые прихоти;

- изменение обонятельных ощущение;

- утомляемость, раздражительность, сонливость;

- пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков и ореол;

- появление рубцов беременности;

- увеличение живота

**Задача 2**

НА приеме у врача беременная А., 24 лет. По обменной карте предполагаемый срок родов был 2 недели назад. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность первая, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности. Была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

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

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте ответ.

3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

4. Перечислите способы, помогающие уточнить срок родов.

5. Назовите принципы ведения беременности при перенашивании.

**Ответ:**

1.Постановка диагноза.

Предположительный диагноз. Беременность 42 недели. Переношенная беременность. Внутриутробная гипоксия плода

2. Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

- данных анамнеза – с рок родов был 2 недели назад, пациентка отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней;

- объективных данных: урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о внутриутробной гипоксии плода

3. Тактика акушерки:

- направить беременную в родильный дом для решения вопроса о способе родоразрешения;

- объяснить важность госпитализации, проконтролировать госпитализацию

4. Способы, помогающие уточнить срок родов:

- по последней менструации (правила Негеле);

- по оплодотворению;

- по овуляции;

- по первой явке в женскую консультацию;

- по первому шевелению;

- по данным УЗИ

5. Принципы ведения беременности при перенашивании.

При сроке беременности более 40 недель рекомендована госпитализация в стационар для уточнения срока беременности, обследования плода и решения вопроса о методе родоразрешения

**Занятие 4. Принцип работы женской консультации. Диспансеризация здоровых беременных. Определение срока выдачи листа нетрудоспособности по беременности и родам.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Принцип работы женской консультации.

2. Диспансеризация беременных

3. Методы диагностики беременности.

4. Расчет срока гестации и времени предоставления дородового отпуска

 **Практические навыки**:

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза «беременность … нед.»

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

4. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ – исследования. **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 5. Физиология родов. Понятие готовности организма к родам, причины наступления родов. Клиника родов. Регуляция родовой деятельности. Ведение родов. Оценка состояния плода по шкале Апгар. Первый туалет новорожденного.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие физиологических родов. Причины наступления родовой деятельности, современный взгляд.

2. Симптомокомплекс предвестников родов и прелиминарного периода.

3. Признаки готовности организма женщины к родам.

4. Характеристика периодов родов, клиническое течение родов в различные периоды.

5. Нормальная сократительная деятельность матки во время родов.

6. Биомеханизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

7. Оценка состояния плода по шкале Апгар.

8. Первый туалет новорожденного.

 **Практические навыки:**

1. Умение диагностировать предвестниковый период.

2. Умение отличить период «ложных» родов (прелиминарный период) от начала спонтанной родовой деятельности.

4. Уметь выявлять признаки готовности организма к родам.

5. Оценивать сократительную деятельность матки во время родов

6. Уметь определять физиологическую кровопотерю во время родов и раннем послеродовом периоде.

7. Уметь составлять и интерпретировать партограммы

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям:**

 1. Биомеханизм родов это:

1) совокупность движений плода по родовому каналу

2) врезывание головки плода

3) поворот плода «на ножку»

4) внутренний поворот головки.

 2.Срочные (своевременные роды) – это роды на сроке:

1) 32–34 недели

2) 35–37 недель

3) 38-40 недель

4) 41-42 недели.

 3. Раскрытию шейки матки способствуют:

1) накопление гормонов

2) отхождение околоплодных вод

3) перерастяжение мышц матки

4) «истинные схватки и плодный пузырь.

 4. Полным считается открытие шейки матки на:

1) 10-12 см

2) 18-20 см

3) 6 - 9 см

4) 4 - 5 см.

 5. Нормой считается следующее количество сердцебиений плода в минуту:

1) 120-140

2) 160-180

3) 100-110

4) 50-70.

 6. Признаками начала первого периода родов считают:

1) регулярную родовую деятельность

2) излитие околоплодных вод

3) полное раскрытие шейки матки

4) рождение плода.

 7. Проводной точкой плода при прохождении через родовые пути матери является(при переднем виде затылочного предлежания):

1) малый родничок

2) большой родничок

3) подбородок

4) подзатылочная ямка.

 8. Для нормального течения второго периода родов характерно:

1) излитие передних околоплодных вод

2) динамика раскрытия шейки матки

3) продвижение головки плода по плоскости малого таза

4) рождение плода.

 9. К признакам отделения последа относится:

1) кровотечение из половых путей

2) излитие околоводных вод

3) удлинение наружного отрезка пуповины

4) появление схваток.

 10. Послед состоит из:

1) оболочек, пуповины, плаценты

2) плаценты и околоплодных вод

3) пуповины и децидуальных оболочек

4) пуповины, децидуальных оболочек и околоплодных вод.

**Решение клинических задач:**

**Задача 1.**

В женскую консультацию обратилась беременная 23 лет, с целью постановки на диспансерный учет по беременности. Срок беременности 6-7 недель. Жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, одышку, субфебрильную температуру в течении последнего месяца. При аускультации сердца - на верхушке хлопающий I тон, диастолический шум.

1 . Сформулируйте вероятный диагноз.

2. Определите врачебную тактику.

**Ответ:** 1. Беременность 6-7 нед. Хр. ревматическая болезнь, А1. Митральный стеноз, ХСНIIА.

1. Вынашивание беременности противопоказано.

 **Задача 2**

На приеме у стоматолога во время санации ротовой полости, беременная пожаловалась на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту. Срок беременности 34 недели. С 23-х недель повышение давления до 145/100 мм.рт ст, протеинурия 0,5 г/л. Лечения не получала.

При обследовании: АД 170/110-180/110 мм. рт ст, отеки 3 ст., протеинурия по тест-полоски «3+».

1. Сформулируйте вероятный диагноз.

2. Укажите алгоритм действий врача первичного звена и специалистов.

**Ответ:** 1. Беременность 33 нед. Тяжелая преэклампсия.

2. Немедленная транспортировка (реанимобилем ССП) в ОИТАР перинатального центра. Неотложная помощь (реаниматолог): кратковременный масочный наркоз, катетеризация вен, противосудорожная терапия (магния сульфат 25%- 20,0 в/в), нейролепсия, антигипертензионная терапия.

**Занятие 6. Физиологический послеродовый и неонатальный периоды.**

**Уход за родильницами и гигиена родильниц. Уход за новорожденным. Профилактика септических заболеваний.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие физиологического послеродового периода (пуэрпериум). Изменения органов и систем в этот период.

2. Критерии инволюции и субинволюции матки в послеродовом периоде

3. Алгоритм наблюдения за родильницей

4. Принципы ухода за родильницей, режим и диета.

5. Необходимость поддержки грудного вскармливания.

6. Основные транзиторные (пограничные) состояния новорожденных.

7. Профилактика септических заболеваний.

 **Практические навыки:**

1. Умение оценивать инволюцию матки в послеродовом периоде.

2. Умение осматривать родильниц и оценивать их состояние в послеродовом периоде.

4. Уметь консультировать родильниц по вопросам режима, диеты, грудного вскармливания.

5. Оценивать состояние новорожденного.

6. Знать принципы поддержки грудного вскармливания и подбор способа контрацепции.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 7. Беременность и роды при тазовом предлежании плода. Возможные осложнения и их профилактика.** **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Тазовые предлежания. Классификация.

2. Причины возникновения, диагностика. Особенности течения родов.

3. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.

4. Ведение первого и второго периода родов.

5. Ручные пособия при ягодичном предлежании (классическое, по Цовьянову).

6. Ведение родов при ножном предлежании плода.

7. Возможные осложнения для плода и новорожденного.

8. Показания к операции кесарева сечения. **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты наружной пельвиометрии, УЗИ, данных влагалищного исследования.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 8. Беременность и роды при узком тазе.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация анатомически и клинически узкого таза, частота, этиология.

2. Биомеханизмы родов при возможных формах узкого таза.

3. Методы диагностики узкого таза.

4. Течение и ведение беременности при узком тазе.

5. Выбор тактики родоразрешения.

6. Профилактика осложнений в родах для матери и плода.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты наружной пельвиометрии, УЗИ, данных влагалищного исследования.

4. Уметь поставить предположительный диагноз анатомически или клинически узкого таза.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)
3. Оценка самостоятельной внеаудиторной работы.
4. Тестовый компьютерный контроль (7 семестр).

 **Ситуационные задачи с эталонами ответов:**

**Задача №1**

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов жен-щины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес пло-да 3500 г.

Диагноз, тактика ведения.

**Ответ:** Диагноз: 2 срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез( перинатальная заболе-ваемость). Плоскорахитический таз.

Учитывая ОАА (родовая травма в первых родах у плода весом 3200), наличие плоскорахите-ческого таза у матери и 3500 предполагаемую массу плода родоразрешить операцией кесаре-во сечение в экстренном порядке.

**Задача №2**

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарево сечение. Ре-бенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Миха-элиса – 9,5 х 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достижим

Диагноз, тактика ведения

**Ответ:** 3 срочные роды, 1 период. КОАА (крайне отягощенный акушерский анамнез)(перинатальная смертность в анамнезе). Рубец на матке после операции кесарево сечение. Плоскорахитический таз. Предполагаемая масса плода 3800. Учитывая вск вышепе-речисленное родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке

**Задача № 3.**

Первородящая 18 лет. Размеры таза 23-26-28-18. В родах 10 часов, безводный период 5 ча-сов. Ведет себя беспокойно, кричит. Схватки потужного характера по 40 секунд через 2 ми-нуты, средней силы, болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка. Симп-том Вастена положительный, контракционное кольцо выше пупка. При вагинальном осмот-ре- шейка матки сглажена, толстая, отечная, свисает «рукавом», открытие маточного зева 8см. Предлежит головка плода, на 1 тазовой плоскости, стреловидный шов в правом косом размере смещен к мысу, большой родничок слева спереди.

Диагноз, тактика ведения

**Ответ:** 1 срочные роды, 1 период. Общеравномерно-суженный таз. Клинически узкий таз. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

**VIII семестр**

**Занятие 1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность. Анемии беременных. Динамическое наблюдение за беременными с сердечно-сосудистой патологией и анемией.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: противопоказания к беременности,

2. Особенности динамического наблюдения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3. Ведение беременности и родов

4. Неотложная помощь при отеке легких во время беременности и в родах.

5. Анемия беременных: диагностика особенности динамического наблюдения во время беременности, лечение.

6. Особенности ведения беременных с сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы. Противопоказания к беременности.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные.

4. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

5. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)

2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 2. Заболевания печени, почек и беременность. Заболевания эндокринных органов и беременность. Динамическое наблюдение за беременными с заболеваниями почек и эндокринной патологией. Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация заболеваний печени, частота, этиология.

2. Тактика ведения беременных с заболеваниями печени

3. Методы обследования, лабораторные показатели, необходимые для подтверждения патологии печени.

4. Терапия болезней печени у беременных

5. Классификация заболеваний почек по ВОЗ, частота, этиология.

6. Клиническая картина, особенности течения заболеваний почек во время беременности, осложнения, их частота. Влияние хронического пиелонефрита, гломерулонефрита на течение беременности.

7. Методы обследование беременных с патологией почек, дифференциальный диагноз хронического пиелонефрита, гломерулонефрита, мочекаменной болезни.

8. Наблюдение беременных с хроническими заболеваниями почек в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

9. Лечение пиелонефрита, гломерулонефрита. Подбор препаратов.

10. Профилактика обострений, реабилитация пациенток в раннем и позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с патологией почек в послеродовом периоде.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 3. Преэклампсия. Артериальная гипертензия, индуцированная беременностью.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Современная классификация преэклампсии (умеренная, тяжелая)

2. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой преэклампсии

3. Эклампсия и другие варианты тяжелой преэклампсии (HELLP-синдром). Острый респираторный дистресс-синдром взрослых

4. Классификация артериальной гипертензии по ВОЗ, частота, этиология.

Лечебная тактика при преэклампсии и эклампси

5 Клиническая картина, особенности течения гипертонической болезни во время беременности, осложнения, их частота. Влияние артериальной гипертензии на течение беременности.

6. Обследование беременной с артериальной гипертензией, дифференциальный диагноз артериальной гипертензией.

7. Наблюдение беременных с артериальной гипертензией в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

8. Лечение артериальной гипертензии, рефрактерная гипертония.

9. Профилактика гипертонических кризов, реабилитация пациенток в раннем 10. позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с артериальной гипертензией в послеродовом периоде.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям:**

1. В первом периоде родов у беременных с преэклампсией необходимо предусмотреть:

1) +Эпидуральную анестезию

2) Спазмолитики

3) Магния сульфат

4) Нейролептики

5) Анальгетики

Ответ 1

2.. Основные клинические признаки преэклампсии:

1) Артериальная гипертензия

2) Отеки

3) Артериальная гипертензия +отеки

4) Протеинурия

5) +Артериальная гипертензия +протеинурия

Ответ 5

3. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:

1) Преэклампсия легкой степени

2) Хроническая гипоксия плода

3) Предлежание плаценты

4) +Преэклампсия тяжелой степени

5) Фетоплацентарная недостаточность

Ответ 4

4.. Методом выбора противосудорожной терапии при гипертензиях беременных является:

1) +Магнезиальная терапия

2) Спазмолитическая терапия

3) Гипотензивная терапия

4) Диуретическая терапия

5) Анальгетическая терапия

Ответ 1

5. Какой уровень систолического АД поддерживается при проведении гипотензивной терапии у беременных с преэклампсией:

1. 110/70 мм рт.ст.

2. 120/80 мм рт.ст.

3. +130/90 мм рт.ст.

4. 150/100 мм рт.ст.

5. 160/100 мм рт.ст.

Ответ 3

6. К гипертензии беременных относят:

1) +Повышение артериального давления выше 140\90 мм.рт.ст.

2) Повышение артериального давления выше 130\80 мм.рт.ст.

3) Среднее артериальное давление выше 90 мм.рт.ст.

4) Систолическое давление повышается на 15% от исходного

5) Диастолическое давление повышается на 10% от исходного

Ответ:1

7. Беременная 24-х лет обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области. При осмотре: Беременность 31-32 недели. АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях. Моча при кипячении мутная. Ваш диагноз:

1) Беременность 31-32 недель. Гестационная гипертензия

2) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия легкой степени

3) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия средней степени.

4) +Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени.

5) Беременность 31-32 недель. Эклампсия

Ответ: 4

 **Решение клинических задач**

**Задача № 1**

Первобеременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Срок беременности 36—37 нед. При осмотре: состояние тяжелое, сознание заторможено, АД 165/100 мм рт.ст., пульс 100 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные, выраженные отеки ног.

 Сердцебиение плода прослушивается, глухое.

1. Какие лечебные мероприятия необходимо провести при поступлении?

2. Какова тактика ведения беременной?

**Задача № 2**

В родильный дом доставлена повторнобеременная 28 лет с жалобами на головную боль, заложенность носа, боли в эпи-гастральной области, тошноту, однократную рвоту. Срок беременности 38—39 нед. С 30-й недели беременности отмечает выраженные отеки голеней, лица. На момент осмотра: АД 170/100 мм рт.ст., пульс 98 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные. При эхографическом исследовании отмечено маловодив и отставание фотометрических показателей на 2 нед, при допплерометрии: снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Влагалищное исследование: "зрелая" шейка матки.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какова тактика врача?

**Задача № 3**

У роженицы 22 лет в первом периоде родов появились судороги. Кожные покровы бледные. АД 160/100 мм рт.ст., пульс 110 ударов в 1 мин. Сердцебиение плода приглушенное, ПО ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 3—4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз.

1. Ваш диагноз?

2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Задача № 4**

У роженицы 25 лет во втором периоде родов отмечен подъем АД до 180/110 мм рт.ст. Беременность протекала на фоне вялотекущего гестоза в течение 2 нед. В анамнезе — гипертоническая болезнь I стадии. Головка плода в широкой части малого таза.

1. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Занятие 4. Кровотечение во время беременности: предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация предлежаний плаценты, преждевременной отслойки нормальнорасположенной плаценты, аномалий прикрепления плаценты, послеродовых кровотечений по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Группы риска по развитию предлежания плаценты.

3. Клиника в зависимости от локализации плаценты, диагностика.

4. Показания к экстренному кесареву сечению при беременности. Показания к плановому оперативному родоразрешению.

5. Факторы риска развития ПОНРП.

6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с предлежанием плаценты.

7. Акушерская тактика при ПОНРП. Осложнения ПОНРП.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные УЗИ – исследования, КТГ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь определить тактику ведения больной с подозрением на предлежание плаценты, ПОНРП, аномалии прикрепления плаценты, гипотонией матки.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1) внезапность возникновения

2) повторяемость

3) безболезненность

4) различная интенсивность

5) все вышеперечисленное

2.Геморрагический шок сопровождается:

1) повышением температуры

2) гипертензией

3) анемией

4) гипербилирубинемией

5) ускорением СОЭ

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

1) гестозе

2) дискоординированной родовой деятельности

3) инфекционно-аллергическом васкулите

4) иммунологическом конфликте между матерью и плодом

5) многоплодной беременности

4. Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является:

1) хроническая внутриутробная гипоксия плода

2) повышение тонуса и болезненность матки

3) повторные кровянистые выделения из половых путей

4) артериальная гипотония

5) угроза прерывания беременности

5. При развитии матки Кювелера возможно:

1) образование ретроплацентарной гематомы

2) инфильтрация мышечного слоя кровью

3) нарушение сократительной функции матки

4) возникновение ДВС-синдрома

5) все перечисленное

6. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1) в женской консультации

2) в приемном покое родильного дома

3) в родильном отделении

4) в родильном отделении при развернутой операционной

5) не производят из-за опасности профузного кровотечения

**Занятие 5. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

2. Клиника в зависимости от площади прикрепления/приращения плаценты.

3. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

4. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

5. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

6. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

7. Инфузионно-трансфузионная терапия.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь определять кровопотерю в последовом и послеродовом периодах, в т.ч. во время операции кесарева сечения.

4. Владеть методом наружного массажа матки, уметь оказать помощь при гипотоническом кровотечении.

5. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Решение клинических задач**

**Задача 1.**

Роженица находится в III периоде родов, роды произошли 15 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признаки Чукалова-Кюстнера и Шредера положительные. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве.

Укажите дальнейшие действия врача.

**Занятие 6. Аномалии родовой деятельности.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация аномалий родовых сил по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Методы диагностики готовности организма к родам.

3. Определение «зрелости» шейки матки.

4. Современные методы родовозбуждения в зависимости от зрелости родовых путей.

5. Патологический прелиминарный период.

6. Причины развития слабости родовых сил.

7. Диагностика и современные методы лечения и ведения родов при слабости родовых сил.

8. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника, диагностика.

9. Основные принципы лечения и фармакологическое обоснование проводимой терапии при дискоординации родовой деятельности.

10. Осложнения для матери и плода при слабости и дискоординированной родовой деятельности.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование роженицы и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты бимануального (влагалищного) исследования, оценить готовность родовых путей к родам, КТГ исследования, объективного осмотра матки.

4. Уметь оценить сократительную деятельность матки по данным клинического обследования, кардиотокографии, обосновать действие медикаментозных препаратов.

5. Уметь поставить предположительный диагноз аномалий родовой деятельности.

6. Уметь заполнить партограмму и ее интерпретацию.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

 **Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Беременная 38 лет обратилась в родильное отделение с жалобами на отхождение вод 3 часа тому назад. Беременность 5-ая, доношенная, предстоят 3-ьи роды, в анамнезе 2 аборта без осложнений. Беременность протекала без осложнений. Состояние удовлетворительное. АД – 120/70 и 120/80 мм.рт. ст.

Отеков нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. ВДМ - 38 см, ОЖ - 101 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 140 уд.в мин., ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая, по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка над 1-ой тазовой плоскостью, мыс не достижим. Емкость таза достаточная, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа** Задача №1

Диагноз. 5 беременность 39 недель. ОАА. Дородовое излитие околоплодных вод.

Тактика ведения: учитывая удовлетворительное состояние беременной, доношенную беременность, головное предлежание плода, достаточную ёмкость таза, наличие « зрелой» шейки матки, безводный период не превышающий 12 часов– возможна выжидательная тактика, т.к. следует ожидать спонтанного наступления родовой деятельности. В течение 3 часов динамическое наблюдение за беременной и состоянием плода. В плане следует предусмотреть профилактику восходящей инфекции и при отсутствии спонтанной родовой деятельности- родовозбуждение.

**Задача № 2**.

Первородящая 32 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода над входом в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз, акушерская тактика

**Эталон ответа** Задача №2

Диагноз. 1 срочные роды. 1 период. Чисто-ягодичное предлежание плода. Первичная слабость родовой деятельности.

Тактика ведения: учитывая первичную слабость родовой деятельности у роженицы с тазовым предлежанием показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения.

**Занятие 7. Неправильное положение плода и вставление головки плода. Акушерская тактика. Плодоразрушающие операции: показания, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Виды неправильного положения плода и вставления головки плода.

2. Акушерская тактика при выявлении неправильного положения плода.

3. Показания и противопоказания к плодоразрушающим операциям

4. Условия и виды и плодоразрушающих операций

5. Осложнения после плодоразрушающих операций

6. Профилактика осложнений

7. Ближайшие и отдаленные результаты плодоразрушающих операций.

 **Практические навыки:**

1. Уметь выявлять показания к плановой и экстренной операции

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 8. Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция. Показания, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

 **Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 9. Послеродовые септические осложнения (метроэндометрит, мастит, тромбофлебит). Этиология, классификация, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

 1. Классификация послеродовых гнойно-септическиз заболеваний по ВОЗ ( МКБ-10), их частота, этиология, патогенез.

2. Клиническая картина послеродовых гнойно-септических заболеваний в зависимости от формы, тяжести течения и локализации.

3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики послеродовых гнойносептических заболеваний.

4. Выбор метода лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний в зависимости от формы тяжести течения.

5. Осложнения и профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

 **Практические навыки:**

1. Умение собрать анамнез, осмотр пациентки и оценить по собранным данным возможность постановки предварительного диагноза.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применять дополнительные методы исследования – УЗС, гистероскопия, лабораторные данные.

4. Уметь поставить предположительный диагноз послеродовых гнойно-септических заболеваний.

5. Уметь определить тактику ведения больной в зависимости от формы и тяжести течения послеродовых гнойно-септических заболеваний.

6. Уметь правильно назначить профилактику и реабилитационные мероприятия у пациенток с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 10. Родовой травматизм матери и плода. Разрыв матки. Ведение беременности и родов у пациенток с высоким риском.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация родового травматизма, частота и причины травм тазового дна

2. Клинические признаки и симптомы в зависимости от локализации акушерской травмы

3. Методы диагностики, рекомендуемые клинические исследования, дифференциальная

диагностика родового травматизма

4. Методы лечения акушерских травм, оценка эффективности лечения

5. Профилактика и реабилитация родовых травм, прогноз для жизни

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему факторы риска, которые могут привести к патологическому течению родов.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты цистоскопии, экскреторной урографии, введение в мочевой пузырь метиленового синего, данных УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз и дать клинические рекомендации по хирургическому лечению родовых травм

5. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

6. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)
3. Аттестация практических навыков
4. Защита истории родов.
5. Итоговый тестовый контроль (7, 8 семестры).

**Модуль Консервативная гинекология**

**Тема 1.** **Организация гинекологической помощи. Методы обследования в**

**гинекологии.**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Ежегодным профилактическим осмотрам подлежат женщины, постоянно проживающие (работающие, учащиеся) в районе деятельности женской консультации старше:

1. 15 лет;

2. 16 лет;

3. 17 лет;

4. 18 лет;

5. 19 лет.

2. В число обязательных методов обследования женщин при проведении профосмотра не входИт:

1. пальпация молочных желёз;

2. осмотр шейки матки в зеркалах;

3. цитологическое и бактериоскопическое исследование;

4. маммография;

5. проба Шиллера.

3. какоЙ кабинет специализированного приёма не предусмотрен в структуре женской консультации?

1. патологии шейки матки;

2. гинекологической эндокринологии;

3. отоларингологии;

4. гинекологии детского и подросткового возраста;

5. все перечисленные выше.

4. Как часто женщина из группы «практически здорова» должна проходить профосмотр?

1. не менее 1 раза в год;

2. не менее 2 раза в год;

3. не менее 3 раза в год;

4. не менее 4 раза в год;

5. ежемесячно.

5. На каждую женщину, подлежащую динамическому контролю, гинекологом заполняется соответствующая форма первичной медицинской документации:

1. «Медицинская карта амбулаторного больного»;

2. «Карта полицевого учёта»;

3. «Контрольная карта диспансерного наблюдения»;

4. Санитарно-курортная карта;

5. Листок нетрудоспособности.

6. Под диспансерным наблюдением в условиях женской консультации должны находиться больные:

1. после хирургического лечения внематочной беременности;

2. с нарушением менструального цикла;

3. с миомой матки, размеры которой соответствуют беременности сроком меньше 12 нед;

4. с хроническим воспалением придатков матки;

5. всех перечисленных выше групп.

7. В состав инъекционных контрацептивов входят:

1. прогестагены пролонгированного действия;

2. конъюгированные эстрогены;

3. микродозы прогестагенов;

4. антиандрогены;

5. антигонадотропины.

8. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

1. «Фемоден»;

2. «Нон-овлон»;

3. «Марвелон»;

4. все перечисленное выше;

5. ни один из перечисленных выше.

9. С целью контрацепции прием комбинированных эстроген- гестагенных препаратов начинают:

1. в период овуляции;

2. накануне менструации;

3. с 1-го дня менструального цикла;

4. независимо от дня менструального цикла;

5. все ответы ошибочны.

10. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

1. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;

2. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;

3. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;

4. больных с артериальной гипертензией;

5. больных с альгоменореей.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **4** | **7** | **1** |
| **3** | **3** | **8** | **4** |
| **4** | **2** | **9** | **3** |
| **5** | **3** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Сбор анамнеза (заболевания, акушерско-гинекологического, жизни)
2. Общий осмотр (тип телосложения, характер оволосения, состояние кожных покровов, осмотр молочных желез, оценка полового развития)
3. Гинекологическое исследование (наружных половых органов, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование)
4. Тесты функциональной диагностики
5. Лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний (бактериоскопический, культуральный, серологический метод и др.)
6. Определение гормонов крови, функциональные пробы
7. Эндоскопические методы исследования (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия)
8. УЗИ диагностика и рентгенологические методы исследования
9. Цитологическое, гистологическое и цитогенетическое исследования шейки матки и эндометрия

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.** Пациентка П., 19 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструации в течение последних двух месяцев. Из анамнеза выяснено, что менструации у нее с 17 лет, по 7-10 дней, обильные, болезненные, нерегулярные. Половой жизнью живет с 18 лет, менструальный цикл с началом половой жизни не изменился. Беременностей не было. Способ контрацепции – мужские презервативы. Гинекологических заболеваний не было. Хроническую соматическую патологию отрицает. При объективном осмотре видимой патологии не выявлено, половое развитие соответствует возрасту.

1. Оцените данные, полученные на настоящем этапе.

2. План дальнейшего обследования.

**Эталон ответа:**

Из анамнеза обращает внимание позднее начало менструации, обильные, длительные менструации, болезненные и нерегулярные.

План дальнейшего обследования: УЗИ гениталий, Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, ТТГ, Пролактин, эстрадиол, 17-ОН прогесьерон, ДГЭАs,

**Диагноз НОМЦ.**

**Задача №2.** Больная К., 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на зуд наружных половых органов и обильные выделения белого цвета из половых путей в течение последней недели. Из анамнеза: менструации с 13 лет, через 25 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, менструальный цикл с началом половой жизни не изменился. Беременностей – 2, медицинских абортов – 1 (без осложнений), роды – 1 (срочные, без осложнений). Способ контрацепции – ВМС. Гинекологических заболеваний не было. Общий осмотр видимой патологии не выявил. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Вульва и преддверие влагалища гиперемированы. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища гиперемированы, с беловатым налетом, шейка матки эпителизирована, выделения из влагалища обильные белого цвета, «творожистые». Влагалищное (бимануальное) исследование: Матка в anteverzio, anteflexio, плотная, нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрий не инфильтрирован.

1. Предварительный диагноз.

2. План дальнейшего обследования.

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Вульвовагинит. Кандидоз.

Бактериологическое, бактериоскопическое исследование.

**Тема 2**Острые воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Термин «сальпингоофарит» обозначает:

1. воспаление матки;

2. воспаление придатков матки;

3. воспаление околоматочной клетчатки;

4 воспаление влагалища

5. воспаление брюшины малого таза

2. Термин «эндоцервицит» обозначает:

1. воспаление слизистой влагалища;

2.воспаления слизистой матки;

3. воспаление парауретральных ходов;

4. воспаление слизистой канала шейки матки.

5 воспаление слизистой шейки матки

3. Термин «пельвиоцеллюлит» обозначает:

1. воспаление придатков матки;

2. воспаление матки;

3. воспаление клетчатки малого таза

4. воспаление забрюшинной клетчатки.

5. воспаление брюшины малого таза

4. Какие возбудители являются наиболее частой причиной неспецифических воспалительных заболеваний:

1. синегнойная палочка;

2. условнопатогенная микрофлора

3. анаэробы

4. грамотрицательная флора;

5. бактероиды.

5. Симптомы при пельвиоперитоните все кроме:

1. высокой температуры;

2. резкой боли внизу живота;

3. многократной рвоте;

4. мягкого живота при пальпации;

5. положительного симптома Щеткина – Блюмберга.

6. для острого аднексита, в отличие от острого аппендицита, характерно всё кроме:

1. постепенного начала заболевания;

2. умеренного повышения лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию;

3. симптомов раздражения брюшины быстрого нарастания лейкоцитов с выраженным сдвигом формулы влево;

4. отсутствию симптомов раздражения брюшины или их нерезкой выраженности.

5. незначительной выраженности симптомов интоксикации

7. С каким из нижеперечисленных заболеваний приходится часто дифференцировать аппендицит:

1. эндометрит;

2. сальпингоофорит;

3. экссудативный пельвиоперитонит;

4. воспалительные тубоовариальные образования придатков матки.

5. пищевая токсикоинфекция

8. Перечислите показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний придатков матки:

1. острый аднексит с формированием воспалительных тубоовариальных образований;

2. перитонит;

3. перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки.

4. всё вышеперечисленное верно

5. ничего из вышеперечисленного

9. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

1. переход в хроническую форму;

2. генерализация инфекции с развитием пельвиоперитонита;

3. абсцедирование;

4. формирование синдрома хронических тазовых болей.

5. все вышеперечисленные

10. Укажите метод лечения при разрыве пиосальпинкса:

1. консервативный;

2. только введение антибиотиков при пункции заднего свода;

3. экстирпация матки с придатками;

4. удаление пораженной трубы.

5. аднексэктомия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **3** |
| **2** | **4** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **4** |
| **4** | **2** | **9** | **5** |
| **5** | **4** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов, факторы, способствующие и препятствующие распространению инфекции в женских половых органах.
2. Характеристика нормального микробиоценоза репродуктивной системы. Роль микробного фактора и пути распространения септической инфекции при воспалительных процессах гениталий.
3. Морфологические изменения при воспалении (фазовые компоненты воспалительной реакции): альтерация, экссудация, пролиферация.
4. Классификация воспалительных заболеваний половой системы (по этиологии, по локализации, по характеру клинического течения)
5. Воспалительные неспецифические заболевания нижних отделов половых путей а. Клинические формы острого бартолинита, их диагностика и лечение; б. Клинические проявления острого кольпита (цервицита) в зависимости от этиологии. Диагностика, этапы лечения, критерии излеченности.
6. Эндометрит и эндомиометрита: клиника, диагностика, принципы лечения острого и хронического эндометрита.
7. Острый сальпингоофорит (анамнез, объективные данные, гинекологический статус, лабораторные исследования). Тубоовариальные образования.
8. Особенности клинической картины пельвиоперитонита и параметрита.
9. Принципы лечения острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
10. Показания для оперативного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза
11. Показания и противопоказания к физиотерапевтическим и санаторно-курортным методам лечения
12. Методы профилактики воспалительных заболеваний половых органов. Динамическое наблюдение в женской консультации.

*Отработка практических умений и навыков*

Представить в виде таблицы.

Факторы, способствующие и препятствующие развитию воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отделов женских половых органов

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы, способствующие возникновению воспаления | Естественные барьеры, препятствующие развитию воспалительных заболеваний |
|  |  |

**Тема 3.** Хронический воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. При воспалительных тубоовариальных образованиях придатков матки в какой из перечисленных соматических систем часто наблюдается поражение вплоть до прекращения функции:

1. кроветворной;
2. мочеполовой
3. сердечно-сосудистой;
4. гепато-биллиарной.
5. нервной

2. Наиболее частой локализацией туберкулеза гениталий является:

1. влагалище;
2. вульва;
3. шейка матки;
4. эндометрий;
5. маточные трубы.

3. При лечении хламидийной инфекции женских половых органов назначают:

1. цефалоспорины;
2. макролиды;
3. сульфаниламиды;
4. фторхинолоны;
5. всё вышеперечисленное

4. При разрыве пиосальпинкса проводится:

1. Консервативное лечение
2. Введение антибиотиков после лапароскопического дренирования
3. Экстирпация матки с придатками
4. Удаление пораженного органа
5. аднексэктомия

5. Хронический вульвит чаще наблюдается при:

1. ревматизме
2. хроническом холецистите
3. циститее
4. сахарном диабете
5. правильные ответы 3, 4

6. Наиболее эффективный метод провокации при диагностике женской гонореи:

1. алиментарный

2. химический

3. биологический

4. механический

5.физический

7. Для пельвеоперитонита гонорейной этиологии характерно:

1. склонность к образованию спаек

2. образование тубоовариальных абсцессов

3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

4. правильные ответы 1 и 3

5. все ответы правильные

8. Критерии излеченности больных гонорей устанавливаются после лечения в течении:

1. 1 месяца

2. 2 мес

 3. 3 мес

 4. 4 мес

 5. 5 мес

9. При сформировавшемся гнойно-воспалительном образовании придатков матки показано:

1. пункция образования через задний свод влагалища, опорожнение гнойной полости и введение туда антибиотиков

2. хирургическое лечение

3. лечение пирогеналом

4. лечение гоновакциной

5 симптоматическая терапия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **3** |
| **2** | **5** | **7** | **4** |
| **3** | **2** | **8** | **3** |
| **4** | **4** | **9** | **2** |
| **5** | **5** | **10** |  |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

**1.** Причины, способствующие хронизации воспалительного процесса в половых органах.

**2.** Морфологические изменения в тканях половых органов, характерные для хронического воспаления.

**3.** Хронический эндометрит (ХЭ) – клинико-анатомическое понятие:

 – клинические симптомы (ХЭ);

 – морфологические признаки (ХЭ);

**4.** Методы диагностики хронического эндометрита:

– анамнез;

– эхография (УЗИ);

– гистероскопия (ГС);

– диагностическое выскабливание.

**5.** Принципы лечения ХЭ:

– фармакотерапия;

– локальная терапия;

– физиотерапия;

– курортное лечение.

**6.** Клинические варианты течения хронического сальпингоофорита (ХСО):

– инфекционно-токсический;

– тазовый ганглионеврит.

**7.** Диагностика ХСО:

– лабораторная;

– эндоскопическая;

– УЗИ.

**8.** Принципы лечения ХСО в зависимости от клинического варианта течения:

– неспецифическая иммунотерапия;

– фармакотерапия (антибиотики, НПВС, ферменты);

– локальное лечение.

**9.** Санаторно-курортное лечение и физиотерапия.

**10.** Профилактика ХЭ и ХСО.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Больная, 31 года, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды - стационарное лечение по поводу воспаления придат­ков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракции, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены и укорочены. Больной назначен курс антибактериальной тера­пии ампиоксом + метронидазол. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи с чем произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота, Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности *-* кальцинаты, по брюшине - просовидные высыпания.

Диагноз? План ведения?

**Эталон ответа:**

Диагноз: Хронический сальпингоофорит, обострение. Туберкулез половых органов, брюшины?

План ведения: Бактериологическое, бактериосклпическое исследование. Консультация гинеколога-фтизиатра.

**Задача №2.**

Больная 43 лет, поступила в стационар на сильные боли в пояснице, с иррадиацией в эпигастрий, бедро, крестец. Заболела после переохлаждения. Менструальный цикл не нарушен.

В анамнезе: двое срочных родов, три мед. аборта, осложнившихся воспалением придатков матки, самопроизвольный выкидыш на раннем сроке с выскабливанием. Восемь лет назад на профосмотре обнаружили миому матки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°С. Живот мягкий, болезненный при пальпации в гипогастрии и вокруг пупка.

При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофированна, зев закрыт, выделения – серозные бели. Матка увеличена до семи недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон уплотнены, не увеличены, умеренно болезненны. При пальпации боковых стенок таза и крестцовой впадины ощущает резкую боль. Своды влагалища глубокие.

1. Предварительный диагноз

2. План дальнейшего обследования

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Хроничесикй сальпингоофорит п/о течение. Хроническая тазовая боль. Эндометриоз малого таза.?

План дальнейшего обследования; УЗИ гениталий. КТ органов малого таза.

**Задача №3.**

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании движение за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

 1. Предварительный диагноз?

 2. План ведения?

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Эндометрит п/о течение. Цервицит. Вагинит. ИППП?

План ведения: Бактериологическое, бактериоскопическое исследование. УЗИ гениталий.

**Тема 4.** Нарушения менструальной функции. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Аменорея. Принцип лечения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.Назовите гинекологические заболевания, при которых задержка менструации является характерным синдромом:

1. воспаление придатков матки;

2. лейомиома матки;

3. аденомиоз;

4. внематочная беременность;

5.все вышеперечисленные

2. Аменорея считается физиологической, когда менструация отсутствует:

1. до периода пубертата;

2. в период лактации.

3. во время беременности

4. в постменопаузе.

5. все ответы верны

3. Аменорея считается физиологической, во всех случаях кроме

1. периода до пубертата;

2. периода лактации.

3. беременности

 4. постменопаузы

 5. нарушения функции гипофиза

4. Какие из следующих причин могут вызвать аменорею**:**

1. аномалии строения половых органов;

2. нарушение функции яичников;

3. нарушение функции гипофиза;

4. нарушение функции гипоталамуса.

5. все вышеперечисленные

5. Вторичную маточную форму аменореи НЕ моЖЕт вызвать

1. туберкулезный эндометрит;

2. грубая травматизация эндометрия при выскабливании матки;

3. адрено-генитальный синдром;

4. воздействие на эндометрий прижигающих веществ;

5. внутриматочные контрацептивы.

6. вторичная аменорея диагностируется ПРИ отсутствии менструации В течение**:**

1. 3 и более месяцев;

2. 6 и более месяцев;

3. 9 и более месяцев;

4. 2-х и более лет.

5. 1 года

7. аменореЯ гипофизарнаЯ ОБУСЛОВЛЕНА**:**

1. синдромом Шихана;

2. дисгенезией гонад;

3. болезнью Иценко-Кушинга;

4. синдромом Шерешевского-Тернера

5. Всё вышеперечисленное верно

8. в основе синдрома Шихана лежит:

1. опухоль гипофиза;

2. некроз гипофиза;

3. функциональная недостаточность гипофиза;

4. синехии полости матки.

5. всё вышеперечисленное

9. для синдрома Киари-Фромеля характернЫ:

1. аменорея;

2. гиперпролактинемия;

3. галакторея;

4. ничего из вышеперечисленного

5. всё вышеперечисленное.

10. С целью диагностики маточной формы аменореи используют:

1. исследование гормонального профиля;

2. тесты функциональной диагностики;

3. генетическое обследование;

4. гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание;

5. Пробу Шуварского.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **2** |
| **2** | **5** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **2** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Характеристика менструального цикла
2. Уровни регуляции менструального цикла
3. Нормальные показатели менструальной функции
4. Классификация нарушений менструальной функции
5. Этиология нарушений менструальной функции
6. Определение гипоменструального синдрома, аменореи
7. Классификация аменореи (физиологическая - патологическая; первичная – вторичная, истинная - ложная; по уровню и характеру повреждения)
8. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи центрального происхождения
9. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения яичниковой формы аменореи
10. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения маточной формы аменореи
11. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи, связанной с поражением надпочечников и щитовидной железы

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**.

Больная 28 лет. Жалобы на редкие менструации, через 2-3 месяца, бесплодие в течение 6 лет. Объективно: рост 164 см, вес 90 кг, ожирение универсальное, гирсутизм. Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки покрыта неизмененной слизистой, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без видимой патологии. Своды свободные. Результаты обследования: базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,6 МЕ/л, ПРЛ – 423 мМЕ/л. По данным трансвагинального УЗИ: матка 4,7\*3,2\*4,5 см, эндометрий 6 см, яичники: правый – 5,3\*2,3\*3,3 см, левый – 4,8\*2,4\*3,1 см, строма гиперэхогенная, под капсулой визуализируются кистозные фолликулы диаметром 6-8 мм., преимущественно по переферии.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Лечение?

**Эталон ответа:**

Диагноз**:** СПКЯ. Ожирение I степени.

Лечение: Дополнительное обследование: инсулин+ глюкоза. КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

**Задача №2**.

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 2 месяца.

Гинекологический статус; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (++). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. Пременопаузальный синдром.

Тактика врача женской консультации: УЗИ органов малого таза, Гормональное исследование :ФСГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол.

**Задача №3**.

Больная М., 34 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бесплодие, нарушение менструальной функции. Месячные с 18 лет, до настоящего времени цикл носит нерегулярный характер с задержками до 3-4-х месяцев. По данным УЗИ, яичники увеличены в размерах до 4,5х3х3,5 см, поликистозной структуры, с утолщенным корковым слоем.

1. Диагноз.

2. Необходимое обследование в женской консультации.

3. Возможные методы диагностики в стационаре.

4. Лечение.

5. Прогноз для беременности,

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. СПКЯ?

Необходимое обследование в женской консультации: Гормональное исследование ФСГ, ЛГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол, 17 ОН-прогестерон, ДГЭАs, инсулин+глюкоза, тестостерон.

 Возможные методы диагностики в стационаре: Лапароскопия

Лечение: КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

Прогноз для беременности благоприятный.

**Тема 5.** Аномальные маточные кровотечения

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

* 1. письменная (тесты входного контроля)
	2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.меноррагия - это:

1. ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом;

2. циклические маточные кровотечения, связанные с менструальным циклом;

3. редкие менструации.

4. бесплодие;

5. секреторные изменения эндометрия.

2. НАЗОВИТЕ возраст, в котором чаще всего встречаются ювенильные кровотечения:

1. 8-10 лет;

2. 13-14 лет;

3. 15-18 лет;

4. 18-20 лет

5.12-16 лет.

3. Для ювенильных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характернЫ:

1. кариопикнотический индекс ниже 30%;

2. монофазная базальная температура;

3. слабовыраженный симптом «зрачков»;

4. гиперплазия эндометрия.

5. все ответы верны

4. Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений проводится со следующей патологией:

1. миома матки;

2. болезнь Верльгоффа;

3. эстроген продуцирующая опухоль яичников.

4 опухоль гипофиза

5 рак эндометрия

5. причиной ДМК в пременопаузальном периоде является:

1. распадающаяся опухоль шейки матки;

2. субмукозная лейомиома;

3. нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы.

4. эстроген продуцирующая опухоль яичников.

5. опухоль гипофиза

6. Какое исследование необходимо провести в первую очередь при ДМК в климактерическом периоде:

1. гистеросальпингографию;

2. зондирование матки;

3. взятие мазков на атипические клетки;

4. гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскоба

5. проведение гормональных проб

7. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:

1. назначение комбинированных эстроген - гестагенных препаратов по гемостатической схеме;

2. применение антигонадотропинов;

3. использование больших доз эстрогенов;

4. раздельное диагностическое выскабливание.

5. Применение антиэстрогенов

8. Основным методом остановки ДМК в пременопаузальном периоде является:

1. применение синтетических эстроген - гестагенных препаратов;

2. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;

3. использование андрогенов;

4. применение 17 – ОПК;

5. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала с гистероскопией.

9. С какой целью назначается гормональная терапия при ювенильных кровотечениях:

1. для подавления менструальной функции;

2. для остановки кровотечения, нормализации менструальной функции.

3. для стимуляции овуляции

4. для активации гемопоэза

5. для влияния на ЦНС

10. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:

1. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;

2. применение антигонадотропинов;

3. использование больших доз эстрогенов;

4. раздельное диагностическое выскабливание

5. симптоматическая терапия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **4** |
| **2** | **2** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **2** |
| **5** | **3** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия ДМК, этиология, классификация (по патогенезу, возрасту).
2. Патогенетические варианты ДМК: овуляторные
3. Патогенетические варианты ДМК: ановуляторные.
4. Диагностика ДМК. Задачи диагностики.
5. Выбор способа гемостаза и виды гемостаза.
6. Негормональный гемостаз.
7. Гормональный гемостаз. Препараты, методики, показания, противопоказания.
8. Особенности профилактики рецидива ДМК в разных возрастных периодах.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1**. Больная И., 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Анамнез: Последние 2 года менструальный цикл нарушен. Интервал между менструациями 2-3 мес. Пятнадцать дней назад у больной после 2 мес. отсутствие менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре шейки матки на зеркалах из цервикального канала кровянистые выделения. Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свода влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

1. Предварительный диагноз?
2. План диагностических и лечебных мероприятий.

 **Задача №2.** У девушки 16 лет появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 месяца назад по 3 дня через 28дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное. При ректо-абдоминальном исследовании патологии не выявлено. Гемоглобин – 80 г/л.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика ведения.

**Задача №3**. Больная 35 лет, у которой в анамнезе было 2 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений – в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2-3 месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом, связанным с гибелью мужа. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Кровянистые выделения в умеренном количестве.

* 1. Предварительный диагноз

План диагностических и лечебных мероприятий

**Тема 6.** Миома м**атки**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Показаниями к оперативному лечению лейомиомы матки НЕ являЮтся

1. рост матки за 1 год на 1-2 недели;

2. рост матки за 1 год на 4-5 недель;

3. кровотечение;

4. некроз узла;

5. выворот матки;

2. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. ультразвуковое исследование;

2. осмотр шейки матки в зеркалах;

3. гистероскопия;

4. лапароскопия.

5. гистеросальпингография

3. Назовите наиболее частые осложнения лейомиом матки:

1. озлокачествление;

2. некроз узла;

3. рождение узла.

4. некроз узла

5. все вышеперечисленные

4. у больных с субсерозным расположением миоматозного узла НЕ моЖЕТ возникнуть

1. нарушений питания узла

2. перекрута ножки узла;

3. сдавления смежных органов

4. некроза узла;

5. эндометрита

5. Оптимальные методы оперативного лечения больных с отдельным субсерозным узлом это:

1. трансцервикальная консервативная миомэктомия;

2. лапароскопия и надвлагалищная ампутация матки;

3. лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки;

4. лапароскопия и консервативная миомэктомия;

5. лапаротомия и консервативная миомэктомия.

6. Наиболее информативным методом диагностики миомы матки являЕтся:

 1. анамнез жизни

 2. исследование живота

 3. УЗИ матки и придатков

 4. бимануальное исследование

 5. гистероскопия

7. При субмукозной миоме матки больной репродуктивного возраста показанЫ:

 1. экстирпация матки без придатков

 2. экстирпация матки с придатками

 3. надвлагалищная ампутация матки без придатков

 4. надвлагалищная ампутация матки с придатками

 5. ничего из вышеперечисленного

8. Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

 1. надвлагалищная ампутация матки

 2. экстирпация матки

 3. миомэктомия

 4. правильный ответ 1

 5. правильный ответ 2

9. Основные симптомы субмукозной миомы матки:

 1. геморрагический

 2. анемический

 3. нарушение менструального цикла

 4. бесплодие

 5. все ответы верны

10. Объем оперативного лечения миомы матки в постменопаузе:

 1. экстирпация матки без придатков

 2. экстирпация матки с придатками

 3. надвлагалищная ампутация матки без придатков

 4. надвлагалищная ампутация матки с придатками

 5. миомэктомия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **3** |
| **2** | **3** | **7** | **3** |
| **3** | **5** | **8** | **4** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **4** | **10** | **2** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза миомы матки.
2. Классификация миомы матки (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления миомы матки.
4. Диагностика различных форм миомы матки.
5. Принципиальные подходы к лечению миомы матки.
6. Показания к консервативному и оперативному лечению миомы матки.
7. Принципы гормональной терапии миомы матки.
8. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
9. Специфическая профилактика миомы матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

У больной 38 лет 2 года назад была обнаружена миома матки величиной с 8 недельную беременность. С этого времени стали обильными и продолжительными менструации, участилось мочеиспускание, по 3-4 дня не бывает стула. При очередном осмотре обнаружена опухоль величиной с 16 недельную беременность. Шейка деформирована, с множественными ovulae Nabothy. Общее состояние удовлетворительное.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 2**

Больная 42 лет поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 39 С; менструации с 15 лет, всегда обильные, последняя закончилась 2 дня назад. В 38 лет была впервые диагностирована миома матки. Заболела 3 дня назад: появились ноющие боли внизу живота, озноб, поднялась температура до 39 С. Общее состояние удовлетворительное, Нв - 130 г/л, Л - 14х109 /л, СОЭ - 37 мм/час. Матка увеличена до 13-14 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки. Шейка матки чистая.

 1. Диагноз?

 2. План ведения?

**Задача №3.**

 Больная 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Об­следована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не выявлено. Рекомен­дована консультация гинеколога.

В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции и аппендэктомию.

Менструации с 11 лет, установились сразу, по 3 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года менструации стали обильными в течение 7 дней.

Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 2-1 роды, 1 аборт, без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает послеродовый эндометрит, лечилась в стационаре, и увеличение матки до 6 недель. У гинеколога наблюдалась нерегулярно, последний раз была 3 года назад.

При гинекологическом исследовании при помощи зеркал выявлена рубцовая де­формация шейки матки послеродовыми разрывами, эктропион, увеличение шейки мат­ки в объеме. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матки увеличе­на до 14 недель беременности с множеством узлов по передней стенке, разного диа­метра, один из узлов в D = 8 см. придатки пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Тема 7.** **Эндометриоз**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Аденомиоз – это:

1. эндометриоз интерстициальных отделов маточных труб;

2. очаговая форма эндометриоза тела матки;

3. эндометриоз брюшины дугласова пространства;

4. узловая форма эндометриоза тела матки;

5. диффузный эндометриоз тела матки.

2. Ультразвуковые признаки аденомиоза - это:

1. увеличение переднезаднего размера матки;

2. изменение размеров матки в зависимости от фазы менструального цикла;

3. негомогенная структура миометрия, «ячеистость»;

4. увеличение размеров М-эха эндометрия

5 правильные ответы 1, 3.

3. эффективными МЕТОДАМИ при диагностике эндометриоза тела матки являются:

1. лапароскопия;

2. кульдоскопия;

3. гистероскопия;

4. гистеросальпингография.

 5. правильные ответы 3, 4

4. Укажите основной метод лечения больных аденомиозом:

1. хирургический;

2. гормональный;

3. симптоматический;

4. физиотерапевтический.

5. паллиативный

5. Какая группа гормональных препаратов используется в лечении эндометриоза:

1. эстрогены;

2. гестагены;

3. антиандрогены;

4. андрогены.

5. антигестогены

6. Какой объем оперативного лечения допустим у больной с эндометриоидной кистой:

1. двухсторонняя аднексэктомия;

2. односторонняя аднексэктомия;

3. экстирпация матки с придатками;

4. кистэктомия;

5. овариэктомия.

7. Какой термин обозначает эктопическое разрастание ткани подобной эндометрию:

1. полипоз;

2.аденомиоз;

3. аденоматоз;

4. фиброматоз.

5.кондиломатоз

8. К внутреннему эндометриозу относится:

1. поражение тела матки

2. поражение яичников

3. поражение интерстициальных отделов маточных труб

4. поражение брюшины малого таза

5. всё вышеперечисленное

 9. Термин аденомиоз применяется

1. во всех случаях выявления зндометриоза независимо от локализации

2. только при очаговых разрастаниях зндометриоидной ткани во внутреннем слое матки

3. при зндометриоэе, который сопровождается образованием кист

4. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани

5. только при ретроцервикальном зндометриозе

10. Показания к оперативному лечению при эндометриозе:

1. сочетание с миомой матки

2. отсутствие эффекта от консервативного лечения

3. эндометриодные кисты

4. наличие распространённых, инфильтративных форм эндометриоза,

5 все перечисленное.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **4** |
| **2** | **5** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **2** |
| **5** | **2** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза эндометриоза.
2. Классификация эндометриоза (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления различных форм эндометриоза.
4. Патогенез бесплодия при эндометриозе.
5. Диагностика различных форм эндометриоза.
6. Принципиальные подходы к лечению эндометриоза.
7. Показания к консервативному и оперативному лечению эндометриоза.
8. Принципы гормональной терапии эндометриоза.
9. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
10. Реабилитационная терапия после оперативного лечения.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на бесплодие в течение 2 лет половой жизни без контрацепции. Менструации через 28 дней по 5 дней, умеренные, резко болезненные. При осмотре матка обычных размеров, плотная, безболезненная при пальпации. Придатки в спайках, слегка увеличены, болезненные.

Диагноз?

План обследования и лечения?

**Задача №2.**

 Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определятся образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, бо­лезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации.

Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Задача № 3**

Больная К., 31 года. Жалобы на темно-кровянистые выделения из влагалища накануне менструации. При сборе анамнеза установлено, что всего было 3 беременности. Из них первая беременность закончилась срочными родами и две последующие - искусственными абортами. Осмотр в зеркалах: на шейке матки видны мелко-кистозные образования багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые выделения. Влагалищное исследование: матка несколько больше нормы, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются. Своды свободные.

Диагноз? План обследования и лечения?

**Тема 8.** **Организация работы ЖК. Диспансеризация гинекологических больных.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. ЧТО НЕ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ЖК

1) регистратура

2) кабинеты участковых акушеров-гинекологов;

3) кабинеты врачей-специалистов (терапевт, стоматолог)

4) родовая палата

2. КАКАЯ ФОРМА ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА ЖЕНЩИН, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИНАМИЧЕСКОМУ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ:

1) форма 30-у

2) форма 086/у

3) форма 082/у

4) форма 080/у

3. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОРГАНИЗОВЫВАТЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИС МОЩНОСТЬЮ (НА ЧИСЛО УЧАСТКОВ)

1) 4

2) 5

3) не менее 6

4) 7

5) 8 и более

4. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИНЯВЛЯЕТСЯ

1) число осмотренных женщин

2) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет

3) число женщин, направленных на лечение в санаторий

4) доля выявленных гинекологических больных

из числа осмотренных женщин

5) правильно 1) и 2)

5. РОЛЬ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПОЛИКЛИНИК СОСТОИТ, КАК ПРАВИЛО

1) в диспансеризации гинекологических больных

2) в обследовании и наблюдении беременных женщин

3) в проведении периодических медицинских осмотров

4) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин

5) правильно 3) и 4)

6. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ

1) родильного дома

2) поликлиники

3) медсанчасти

4) санатория-профилактория

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

7. КАКОЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НАИМЕНЕЕ ОПАСНЫЙ

 1) инструментальный аборт

 2) медикаментозный аборт

3) мини аборт – вакуумная аспирация

4)амниоцентез

8.  РИСК ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ АБОРТЕ ВОЗРАСТАЕТ:

1) при множественных абортах в анамнезе

2) при трофобластической болезни

3) при перенесенных воспалительных заболеваниях

4) при двурогой матке

5) при всем перечисленном

9. ОСНОВНОЕ(ЫЕ) ТРЕБОВАНИЯ К КОНТРАЦЕПТИВАМ:

1) высокая эффективность

2) безопасность

3) обратимость

4) хорошая переносимость

5) все перечисленное

10. К ГОРМОНАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ РИЛИЗИНГ- СИСТЕМАМ ОТНОСЯТ:

1) ВМК – Мирена

2) подкожные импланты: «Норплант» и «Импланон»

3) влагалищное кольцо «Нова Ринг»

4) накожный пластырь «Евра»

5) все перечисленное

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **а** |
| **2** | **1** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Задачи и структура  женской консультации.
2. Принципы динамического наблюдения гинекологических больных.
3. Стандарты обследования пациентов в зависимости от вида патологии и тактики ведения.
4. Методы контрацепции.
5. Операция искусственного прерывания беременности.
6. Миниаборт.
7. Схема динамического наблюдения здоровых беременных в женской консультации.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на бесплодие в течение 2 лет половой жизни без контрацепции. Менструации через 28 дней по 5 дней, умеренные, резко болезненные. При осмотре матка обычных размеров, плотная, безболезненная при пальпации. Придатки в спайках, слегка увеличены, болезненные.

Диагноз?

План обследования и лечения?

**Задача №2.**

 Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определятся образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, бо­лезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации.

Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Модуль Оперативная гинекология**

**Тема 1.** **«Острый» живот в гинекологии: причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже органах, кроме:

1. шейки матки;

2. рудиментарного рога матки;

3. яичника;

4. брюшной полости;

5. влагалища.

1. Наиболее частой причиной внематочной беременности является:

1. генитальный инфантилизм;

2. наружный генитальный эндометриоз;

3. под слизистая миома матки;

4. хронический сальпингит;

5. длительное «ношение» ВМК.

1. Наиболее информативный метод диагностики трубной беременности – ЭТО:

1. трансвагинальная эхография.

2. определение титра хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче в динамике.

3. лапароскопия.

4. рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

5. пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

1. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. атрофия;

2. пролиферация;

3. железисто-кистозная гиперплазия;

4. децидуальная трансформация;

5. эндометриальный полип.

1. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

1. апоплексии яичника;

2. перфорации матки во время медицинского аборта;

3. подкапсульного разрыва селезенки;

4. перекрута ножки опухоли яичника;

5. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные клинические симптомы геморрагического шока:

1. артериальная гипотензия;

2. олигурия и анурия;

3. частый нитевидный пульс;

4. акроцианоз;

5. все перечисленные выше симптомы.

1. Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере:

1. частота сердечных сокращений;

2. артериальное и центральное венозное давление;

3. часовой диурез;

4. цвет кожи и температура тела;

5. все перечисленные выше.

1. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

1. перекрута ножки опухоли яичника;

2. рождения подслизистого миоматозного узла;

3. атипической гиперплазии эндометрия;

4. острого гнойного воспаления придатков матки;

5. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:

1. внематочная беременность, нарушенная по типу труб­ного аборта;

2. первичное или вторичное бесплодие;

3. «малые» формы перитонеального эндометриоза;

4. перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации;

5. все перечисленные выше.

1. НАИБОЛЕЕ Оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:

1. эндотрахеальный наркоз;

2. внутривенная анестезия;

3. перидуральная анестезия;

4. местная инфильтрационная анестезия;

5. выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **4** | **7** | **5** |
| **3** | **3** | **8** | **3** |
| **4** | **4** | **9** | **5** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение термина абдоминальный синдром.

2. Этиология и патогенез внематочной беременности.

3. Классификация внематочной беременности в зависимости от локализации плодного яйца.

4. Диагностика внематочной беременности.

5.Клиническая картина разрыва трубы, прогрессирующей трубной беременности.

6. Лечение гинекологических больных с внематочной беременностью.

7. Определение понятия апоплексия яичника.

8. Этиология и патогенез апоплексии яичника

9. Классификация апоплексии яичника.

10. Клиническая картина, диагностика апоплексии яичника.

11. Лечение апоплексии яичника.

12. Показания к лапароскопии при апоплексии яичника.

13. Показания к лапаротомии при лапароскопии яичника.

14. Этиология и патогенез перекрута ножки опухолей половых органов.

15. Клиника, диагностика и лечение перекрута ножки опухолей половых органов.

16. Клиническая картина, диагностика, лечение разрыва опухолей половых органов.

17. Клиника, диагностика и лечение острых гнойных опухолей придатков матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастали в своей интенсивности и вскоре стали иррадиировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Рs - 120 уд/мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмбсрга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки.

1. Предположительный диагноз?

2. Какие заболевания имеют схожую клиническую картину?

3. Какова врачебная тактика?

4. Предполагаемый объем операции?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Больная В., 18 лет, доставлена бригадой скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота слева. Из анамнеза: заболела остро, когда около 3 часов назад после коитуса появились острые боли внизу живота слева, больная приняла таблетку баралгина - без эффекта, боли стали усиливаться, в связи, с чем больная вызвала скорую помощь.

Менструации с 14 лет, цикл установился через 1 год, в настоящее время месячные регулярные, через 30 дней, по 3 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструации началась 16 дней назад, прошла в срок, без особенностей. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция барьерная. Около 6 месяцев назад лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого воспаления придатков матки. Из соматических заболеваний: хронический бронхит.

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 36°. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не обнаружено. Язык влажный. Живот не вздут, принимает участие в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в области гипогастрия, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения слизистые. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Правые придатки не определяются. Слева пальпируется незначительно увеличенный (до 4 см в диаметре), плотный, болезненный яичник. Своды глубокие, безболезненные. Параметрии свободные.

1. Предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. План обследования?

4. Какова тактика врача при отсутствии признаков внутрибрюшного кровотечения?

5. Какова профилактика данного заболевания?

**Тема 2.** **Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников: этиология, классификация. Рак яичников: классификация, клиника. Пути метастазирования, принцип лечения в зависимости от стадии распространения.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

К опухолевидным образованиям яичников относят все кроме:

1. дермоидной кисты;

2. фолликулярной кисты;

3. кисты желтого тела;

4. пиовара;

5. тека-лютеиновой кисты.

2. Характерные особенности кист яичников:

1. ретенционные образования;

2. увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. не имеют капсулы;

4. могут малигнизироваться;

5. все перечисленное выше верно.

3. Кистомы яичников:

1. это доброкачественные опухоли;

2. увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. имеют капсулу;

4. могут малигнизироваться;

5. все перечисленное выше верно.

4. К эпителиальным опухолям яичников относят все, кроме:

1. серозной цистаденомы;

2. муцинозной цистаденомы;

3. цистаденокарциномы;

4. опухоли Бреннера;

5. текомы.

5. наиболее часто подвергается малигнизации СЛЕДУЮЩАЯ ИЗ опухолей яичников:

1. Фиброма.

2. Муцинозная цистаденома.

3. Серозная цистаденома.

4. Текома.

5. Тератома.

6. К гормонально-активным опухолям яичников относят все кроме:

1. гранулезоклеточной опухоли;

2. дисгерминомы;

3. тека-клеточной опухоли;

4. андробластомы;

5. арренобластомы.

7. при доброкачественных опухолях яичников НАИБОЛЕЕ ЧАСТО встречается СЛЕДУЮЩЕЕ осложнение:

1. Перекрут ножки опухоли.

2. Кровоизлияние в полость опухоли.

3. Разрыв капсулы.

4. Нагноение содержимого.

5. Сдавление соседних органов.

8.Гидроторакс — одно из клинических проявлений:

1. гранулезоклеточной опухоли;

2. дисгерминомы яичника;

3. фибромы яичника;

4. муцинозной цистаденомы;

5. зрелой тератомы.

9. Опухоль Крукенберга:

1. является метастазом рака желудочно-кишечного тракта;

2. как правило, поражает оба яичника;

3. имеет солидное строение;

4. все ответы верны;

5. все ответы ошибочны.

10. Метастатическое поражение яичников возможно при:

1. раке молочной железы;

2. аденокарциноме тела матки;

3. злокачественном поражении одного из яичников;

4. раке желудочно-кишечного тракта;

5. во всех перечисленных выше случаях.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **3** |
| **2** | **1** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **3** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Морфологическое строение яичников.
2. Гистологическая классификация новообразований яичников в зависимости от происхождения.
3. Клиника доброкачественных новообразований яичника, объем диагностического исследования, предоперационная подготовка, объем оперативного лечения.
4. Рак яичника. Классификация.
5. Клиника рака яичника, пути метастазирования.
6. Принцип лечебной тактики рака яичника в зависимости от распространенности процесса.
7. Дифференциальная диагностика.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, потерю веса, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

При осмотре гинеколога в малом тазу обнаружены два опухолевидных образования в области придатков с обеих сторон от матки, размерами 6x7x8 и 5x6x10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Матка в правильном положении, не увеличена, подвижна, безболезненна. Параметральная клетчатка не инфильтрирована.

Диагноз, план обследования и лечения?

**Задача № 2**.

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два искусственных аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков, лечилась амбулаторно.

Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не
эрозирована, наружный зев щелевидный. Матка не увеличена, безболезненная. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10x12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической, местами плотноватой консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Тактика врача женской консультации?

**Тема 3.** **Гиперпластические процессы и предраковые заболевания эндометрия: этиология, патогенез, классификация. Предраковые состояния: диагностика, онкологическая настороженность, лечебная тактика. Рак тела матки.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Для первого патогенетического варианта рака эндометрия характернЫ все перечисленнЫе ниже, кроме:

1. атрофии эндометрия;

2. стойкой ановуляции в анамнезе;

3. нарушения детородной функции;

4. гиперплазии тека-ткани яичника;

5. ожирения или/и сахарного диабета.

2. Для второго патогенетического варианта рака эндометрия характерно всЁ перечисленное ниже, кроме:

1. высокой степени дифференцировки опухоли;

2. быстрого роста и метастазирования;

3. отсутствия чувствительности опухоли к прогестинам;

4. низкой частоты развития синхронных опухолей в яичнике, молочных железах, толстой кишке;

5. глубокой инвазии в миометрий.

3. Основной клинический симптом рака тела матки:

1. Хроническая тазовая боль.

2. Контактные кровотечения.

3. Ациклические кровотечения.

4. Нарушение функции соседних органов.

5. Бесплодие.

4. Основной метод диагностики рака тела матки:

1. Гистологическое исследование соскоба эндометрия.

2. Цитологическое исследование аспирата из полости матки.

3. Трансвагинальная эхография.

4. Гистероскопия.

5. Рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

5. к предраковым относят СЛЕДУЮЩИЕ состояния эндометрия

1. Железисто-кистозную гиперплазию.

2. Железистый полип эндометрия.

3. Атрофию эндометрия.

4. Атипическую гиперплазию.

5. Все перечисленные выше.

6. К факторам риска развития предраковых заболеваний и рака эндометрия относят все перечисленнЫе ниже, кроме:

1. стойкой ановуляции;

2. ожирения и артериальной гипертензии;

3. длительного использования внутриматочного контрацептива;

4. сахарного диабета;

5. бесплодия эндокринного генеза.

7. Перечислите основные морфологические признаки атипи­ческой гиперплазии эндометрия:

1. преобладание железистых компонентов над стромальными;
2. хаотичное расположение желез;
3. изменение формы и размеров желез;

4. разрушение цитогенной стромы между атипическими железами;

5. верны ответы 1, 2, 3.

8. риск развития атипической гиперплазии эндомет­ия наиболее высок ПРИ СЛЕДУЮЩИХ гинекологических и экстрагенитальных заболеваниях:

1. Сахарном диабете второго типа.

2. Синдроме поликистозных яичников.

3. Феминизирующей опухоли яичников.

4. Гиперлипидемии.

5. Верны все ответы.

9. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста применяют:

1. прогестагены;
2. конъюгированные эстрогены;
3. низкодозированные комбинированные эстроген-геста-генные препараты;
4. андрогены;
5. верны ответы 1, 3.

10. Выбор схемы лечения гиперпластических процессов эндометрия зависит от:

1. возраста женщины;
2. наличия сопутствующих обменно-эндокринных нару­шений;
3. формы и степени тяжести гиперпластического процесса;
4. наличия сопутствующих заболеваний гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем;
5. верны все ответы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **3** |
| **2** | **1** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **3** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Определение понятий «гиперплазия» и «полип» эндометрия. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. Понятие предраке эндометрия.

2. Этиология и патогенез гиперпластических процессов эндометрия. Понятие об относительной и абсолютной гиперэстрогении. Роль внегонадного метаболизма эстрогенов в возникновении дисгормональной патологии эндометрия. Рецепция эндометрия. Роль повреждающих воздействий на эндометрий в развитии гиперпластических заболеваний (внутриматочные вмешательства, применение внутриматочной контрацепции, инфекции).

3. Понятие о патогенетических вариантах развития гиперпластических процессов и рака эндометрия.

4. Понятия о факторах риска.

5. Клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия.

6. Методы диагностики патологии эндометрия (эхография, гистероскопия, гистерография, гистологическое исследование эндометрия).

7. Принципы лечения и динамического наблюдения больных с патологией эндометрия в зависимости от возраста, гистологического типа гиперпластического процесса, его патогенетического варианта.

8. Классификация рака тела матки (гистологические типы, по степени

распространения).

9. Клиника рака тела матки (ранние и поздние симптомы).

10. Профилактика рака тела матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 70 лет жалуется на сукровичные выделения из половых путей в течение 4-х месяцев. Менопауза в 50 лет. В анамнезе 2 родов, абортов, без осложнений. Объективные данные. Рост 160 см, вес 79 кг. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной порции шейки матки с атрофическими изменениями. Из цервикального канала скудные сукровичные выделения. При влагалищном исследовании: Матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки пальпаторно не определяются. Влагалищные своды свободные. При ультразвуковом сканировании органов малого таза: матка 45x38x37 мм, миометрий обычной эхоструктуры. Эндометрий (М-эхо) - 16 мм, неоднородной эхоструктуры, с нечеткими контурами. Правый яичник 12x16x13 мм, фолликулярный аппарат отсутствует. Левый яичник не визуализируется. Предположительный диагноз. План обследования.

**Задача № 2.**

Больная 48 лет поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 3-х дней после предшествующей задержки менструации в течение 2.5 месяцев. Из анамнеза выявлено, что в течение последнего года менструации нерегулярные, обильные. Не

замужем, беременностей не было. 3 года назад оперирована по поводу фиброаденомы левой молочной железы.

Объективные данные:

Рост 165 см, вес 82 кг. Правильного телосложения.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых изменений. Из

цервикального канал значительные кровянистые выделения со сгустками.

При влагалищном исследовании матка маленькая, подвижная безболезненная. Придатки пальпаторно не определяются. Своды свободные. Что может быть причиной кровотечения? План обследования.

**Тема 4.** Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки: методы обследования, тактика ведения, раннее выявление, профилактика.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:

1. цилиндрическим эпителием;

2. однослойным многорядным эпителием;

3. железистым эпителием;

4. многослойным плоским неороговевающим эпителием;

5. многослойным плоским ороговевающим эпителием.

2. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся всЕ кроме:

1. простой лейкоплакии;

2. дисплазии;

3. эритроплакии;

4. эктропиона;

5. рецидивирующего полипа канала шейки матки.

3. Наиболее информативный скрининг-тест для ранней диагностики рака шейки матки - ЭТО:

1. простая кольпоскопия;

2. бимануальное ректовагинальное исследование;

3. цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки;

4. вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. цитологическое исследование эндометриального аспирата.

4. Наиболее информативный метод диагностики дисплазии шейки матки - ЭТО:

1. расширенная кольпоскопия;

2. гистологическое исследование биоптата шейки матки;

3. цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки;

4. вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. бимануальное ректовагинальное исследование.

5. Цитологическим эквивалентом понятия «дисплазия шейки матки» является:

1. акантоз;

2. дискариоз;

3. гиперкератоз;

4. кариолизис;

5. все перечисленное выше.

6. Для лечения дисплазии шейки матки применяют все пере­численные ниже методы, кроме:

1. диатермокоагуляции;

2. электроконизации;

3. лазеротерапии;

4. конусовидной ампутации шейки матки по Штурм- дорфу;

5. высокой ампутации шейки матки.

7. Диагноз внутриэпителиального рака шейки матки может быть установлен только на основании результатов:

1. цервикоскопии;

2. гистероскопии;

3. гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса;

4. расширенной кольпоскопии;

5. цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки.

8. Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки:

1. тазовая боль;

2. слизисто-гнойные бели;

3. контактные кровотечения;

4. ациклические маточные кровотечения;

5. диспареуния.

9. Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1. рецидивирующий полип цервикального канала;

2. истинная эрозия;

3. дисплазия;

4. эктропион;

5. эндометриоз.

10. Определите объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном инфильтративным раком шейки матки:

1. раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и канала шейки матки;

2. тугая тампонада влагалища;

3. чревосечение, экстирпация матки;

4. циркулярное наложение зажимов на шейку матки;

5. чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **3** |
| **3** | **3** | **8** | **3** |
| **4** | **3** | **9** | **3** |
| **5** | **2** | **10** | **2** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Анатомо-функциональные особенности шейки матки. Строение эпителиального покрова шейки матки. Понятие о «переходной зоне», её расположение в зависимости от возраста женщины и гормонального статуса.
2. Методы диагностики патологии шейки матки. Простая кольпоскопия. Расширенная кольпоскопия. Микрокольпоскопия. Цервикоскопия. Цитологическое исследование. Техника забора биопсии для гистологического исследования при патологии шейки матки.
3. Классификация заболеваний шейки матки

Фоновые заболевания шейки матки. Понятие о нормоплазии. Эрозия шейки матки. Эктопия шейки матки. Понятия «метаплазия», «зона трансформации». Эктропион. Лейкоплакия. Эритроплакия. Полипы шейки матки. Клинические проявления фоновых заболеваний. Диагностика и основные принципы ведения больных с фоновыми заболеваниями шейки матки.

1. Предраковые заболевания. Понятие о дисплазии. Классификация дисплазий по степени тяжести. Факторы риска развития предрака и рака шейки матки. Вирус папилломы человека как онкогенный фактор. Диагностика, основные принципы лечения и динамического наблюдения больных с дисплазиями шейки матки.
2. Рак шейки матки. Классификация (FIGО и ТNМ). Основные принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
3. Профилактика заболеваний шейки матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.** На профилактический осмотр к гинекологу обратилась девушка в возрасте 20 лет. Жалоб не предъявляет. Менструации с 13,5 лет, регулярные, по 3 через 26 дней. Последняя менструация закончилась 2 дня назад. В течение 1 года живет половой жизнью, контрацепция презервативом. Беременностей и гинекологических заболеваний не было. При осмотре в зеркалах выявлена эктопия шейки матки. Бимануальное влагалищное исследование не выявило отклонений. Взяты мазки для бактериоскопии и цитологического исследования. Ан мазка: Ь 3-5, флора палочковая. Цитограмма мазка с шейки матки в пределах нормы. Диагноз? Тактика ведения?

**Задача № 2.** Женщина в возрасте 49 лет обратилась к гинекологу с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, возникающие после дефекации, подъёма тяжестей. Выделения из влагалища беспокоят около 2-х месяцев. В связи с переменой места жительства в течение 10 лет не осматривалась гинекологом. Менопауза в 45 лет. В анамнезе 2 родов, 5 абортов. В возрасте 35 лет, со слов больной, была обнаружена «эрозия шейки матки», проводилась диатермокоагуляция. При осмотре в зеркалах шейка матки гипертрофирована, деформирована множественными папилломатозными разрастаниями, имеются участки изъязвления. Ткани шейки матки легко ранимы, кровоточат при касании шпателем. При вагинальном осмотре: шейка матки бочкообразной формы, ограничено подвижная. Тело матки увеличено до 6 недель, ограничено подвижное. При ректовагинальном исследовании определяется плотный инфильтрат доходящий практически до стенок таза. Диагноз? Тактика ведения?

**Тема 5.** Аномалии положения внутренних половых органов. Аномалии развития внутренних половых органов. Диагностика. Тактика.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Тело матки удерживается в позиции anteversio-flexio:

1. собственной массой;
2. круглыми связками матки;
3. натяжением крестцово-маточных связок;
4. воронко-тазовой связкой;
5. верны ответы 1, 2, 3.

2. Подвешивающий аппарат матки образован:

1. круглыми связками матки;
2. собственными связками яичников;
3. широкими связками матки;
4. кардинальными связками;
5. верны ответы 1, 2, 3.

3. Перечислите факторы, которые могут привести к изменению положения матки:

1. инфильтрат в параметрии;
2. опухоль яичника;
3. рубцово-спаечный процесс в малом тазе;
4. переполнение мочевого пузыря;
5. верны ответы 1, 2, 3.

4. ОТМЕТЬТЕ анатомическиЕ образованиЯ покрытыЕ брюшиной

1. Тело матки.
2. Шейка матки.
3. Интерстициальные отделы маточных труб.
4. Яичники;
5. Верны ответы 1, 3.

5. Факторами, предрасполагающими к опущению и выпаде­нию внутренних половых органов, являются:

1. травма промежности в родах;
2. системные заболевания соединительной ткани;
3. физический труд, связанный с подъемом тяжестей;
4. многократные чревосечения;
5. верны ответы 1, 3.

6. Выпадению матки сопутствует:

1. опущение и выпадение стенок влагалища;
2. цисто- и ректоцеле;
3. несостоятельность мышц тазового дна;
4. элонгация шейки матки;
5. верны все ответы.

7. при опущении и выпадении внутренних половых органов возможны СЛЕДУЮЩИЕ осложнения:

1. Кишечная непроходимость.
2. Нарушение уродинамики.
3. Выворот матки.
4. Образование декубитальной язвы шейки матки.
5. Верны ответы 2, 4.

8. Широкие связки матки включают:

1. маточные трубы;

2. кардинальные связки;

3. маточные сосуды;

4. всё перечисленное выше;

5. ничего из перечисленного выше.

9. Топографоанатомические особенности яичников:

1. покрыты брюшиной;

2. соединены со стенками таза собственными связками;

3. являются производными парамезонефрического про­тока;

4. все ответы верны;

5. все ответы ошибочны.

10. Возможные причины опущения и выпадения матки:

1. Травма промежности в родах, несостоятельность мышц тазового дна.

2. Длительное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической работе.

3. Резкое похудание.

4. Атрофия тканей в пожилом возрасте.

5. Все перечисленные выше.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **5** | **7** | **5** |
| **3** | **5** | **8** | **4** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Нормальное положение матки в малом тазу. Факторы, способствующие нормальному положению матки.

2. Виды смещения матки по горизонтальной плоскости.

3. Формы смещения матки вокруг продольной оси.

4. Виды смещения матки по вертикальной оси.

5. Этиопатогенез аномалий положения женских половых органов.

6. Классификация аномалий положения половых органов.

7. Аномалии положения половых органов, имеющие наиболее важное клиническое значение. Патологическая антефлексия матки. Ретродевиация матки. Опущение и выпадение матки и стенок влагалища. Цистоцеле. Уретроцеле. Ректоцеле. Энтероцеле. Клинические проявления. Диагностика.

8. Нормальные функциональные особенности акта мочеиспускания. Факторы,

влияющие на удержание мочи. Внешние факторы. Внутренние факторы.

9. Недержание мочи. Классификация. Причины недержания мочи у женщин.

10. Стрессовое недержание мочи. Гиперефлексия мочевого пузыря.
11. Обследование больных с жалобами на недержание мочи.

12.Современные методы лечения женщин с пролапсом гениталий и недержанием мочи в зависимости от возраста, клинических проявления заболевания и паритета.

13. Профилактика пролапса гениталий и недержания мочи.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.** Больная 55 лет обратилась с жалобами на сухость вульвы и влагалища, дискомфорт при половом сношении. При кашле, чихании, во время смеха отмечает потерю небольших порций мочи (несколько капель). Вышеуказанные симптомы появились и нарастают в течение года. Из анамнеза выявлено: менархе в 13 лет, менопауза 3,5 года назад. Было 2 нормальных родов, 3 медаборта без осложнений. Заболеваний гениталий не отмечала. При гинекологическом осмотре выявлено: Слизистая вульвы и влагалища бледно-розового цвета, сухая. Складчатость стенок влагалища не выражена. Матка маленькая, плотная придатки не пальпируются. Тонус мышц промежности снижен. При натуживании и проведении кашлевой пробы пролабирует передняя стенка влагалища, из уретры выделяется моча в скудном количестве.

Предположительный диагноз?

Предполагаемый объем обследования и лечения?

**Тема 6.** Аборт и его осложнения.

 **Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.Какова лечебная тактика при начавшемся аборте:

1. сохраняющая терапия;
2. опорожнение полости матки:
3. витаминотерапия;
4. противовоспалительная терапия;
5. физиотерапия.

2. До какого максимального срока разрешено прерывание беременности по желанию женщины:

1. 8 недель;
2. 10 недель;
3. 12 недель;
4. 14 недель;
5. 16 недель.

3. Что относится к отдаленным осложнениям артифициального аборта**:**

1. гематометр;
2. острый воспалительный процесс гениталий;
3. бесплодие;
4. остатки плодного яйца
5. перфорация матки.

4. Какова лечебная тактика ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ аборте:

1. консервативная спазмолитическая, гемостатическая терапия;
2. опорожнение полости матки;
3. гормональная терапия
4. физиотерапия
5. витаминотерапия.

5. Укажите до какого максимального срока задержки менструации возможно выполнение мини-аборта:

1. 7 дней;
2. 14 дней;
3. 20 дней;
4. 1 месяца;
5. 2 месяцев.
6. Перечислите противопоказания к искусственному прерыва­нию беременности.
7. III—IV степень чистоты влагалищного отделяемого;
8. острая респираторная вирусная инфекция;
9. срок беременности более 12 нед.;
10. хронический лейкоз;

5. верны ответы 1,2,3.

**7.** Укажите объем лабораторных исследований, необходимых для направления женщины на медИЦИНСКИЙ аборт.

1. бактериоскопия влагалищного мазка;
2. определение группы крови и резус-фактора;
3. постановка реакции Вассермана и исследование крови на наличие антител к ВИЧ;
4. тромбоэластограмма;
5. верны все ответы

8. Перечислите возможные осложнения медицинского аборта.

1. Острое воспаление матки и ее придатков.
2. Разрывы шейки матки.
3. Перфорация матки.
4. Плацентарный полип.
5. Верны все ответы

9. Укажите наиболее частые осложнения криминального аборта:

1. профузное маточное кровотечение;
2. анаэробный сепсис;
3. бактериальный шок;
4. перфорация матки;
5. верны все ответы.

10. Назовите наиболее характерные клинические симптомы бактериального шока:

1. сосудистый коллапс, прогрессирующее снижение арте­риального давления без кровопотери;
2. нарушения в свертывающей системе крови;
3. стойкая олигурия или анурия;
4. гиперпиретическая лихорадка;
5. верны все ответы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **5** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **5** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия «аборт». Терминология и классификация.
2. Медицинский аборт по желанию женщины. Ст. 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Основные методы прерывания беременности в первом триместре. Медицинские противопоказания для проведения артифициального аборта.
4. Аборт по медицинским и социальным показаниям. Документы, регламентирующие проведение прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям.
5. Основные методы прерывания беременности во втором триместре.
6. Спонтанный аборт в первом триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных принятая в России. Профилактика.
7. Спонтанный аборт во втором триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных. Профилактика.
8. Осложнения спонтанного и искусственного аборта. Их диагностика, лечение и меры профилактики.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Пациентка 24 лет обратилась с жалобами на задержку менструации

в течение 3-4 дней. Мочевой тест на беременность «+». При УЗИ выявленоутолщение М-эхо до 13 мм, желтое тело в правом яичнике. Пациентка сообщила, что беременность нежелательна. Она желает ее прервать, и проситназначить ей какой-нибудь надежный метод контрацепции.

Можно ли на основании имеющихся данных быть уверенными, что

беременность локализуется в матке? Какое обследование нужно провести? Какай метод прерывания нежелательной беременности можно предложить в

этом случае?

**Задача №2**.

20-летняя студентка обратилась с жалобами на кровотечение из влагалища в течение 2 дней, спустя 6 недель после последней менструации. Менструации регулярные и для контрацепции пара пользуется только презервативами. Тест на беременность, выполненный дома, был положительным. Выделения имеют темный цвет, не сопровождаются болями и начались после полового сношения. При осмотре выявлено небольшое количество крови темного цвета, находящейся во влагалище и выделяющейся из наружного отверстия цервикального канала. Шейка матки закрыта и никаких тканей в канале не видно. Бимануальное влагалищное исследование: матка нормальных размеров, мягковатой консистенции, придатки без особенностей, без каких-либо образований или болезненности. Основываясь на первичных данных, какая тактика введения больной?

**Задача №3.**

На прием обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на боли в нижних отделах живота в течение 3-х дней, гнойные выделения из влагалища, повышение температуры тела до 38,9 С. 4 дня назад был произведен медаборт в сроке беременности 6-7 нед.

При гинекологическом исследовании: Матка до 7нед, мягковатая, резко болезненная. Наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Придатки пальпаторно не определяются. Своды свободные. Выделения из влагалища гнойные с примесью крови.

Предположительный диагноз?

Обследование?

Какое лечение нужно провести?

**Тема 7.** Заболевания молочных желёз. Диагностика, дифференциальная диагностика. тактика ведения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

1) маммография

2) ультразвуковая эхография

3) термография

4) самообследование молочных желез

5) [морфологическое](https://pandia.ru/text/category/morfologiya/) исследование

2. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ МАСТОДИНИИ?

1) Одиночные и множественные очаги в железе

2) выделения из сосков

3) преобладание болевого синдрома

4) нарушение овариально - менструальной функции

5) исчезновение признаков болезни с возрастом

3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МАСТОПАТИИ.

1) наличие невроза

2) дисгормональное состояние

3) дисгормональная дисплазия

4) нарушение овариально - менструальной Функции

5) изменение цикличности процессов в молочной железе

4. ХАРАКТЕРНЫЕ МАММОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ МАСТОПАТИИ.

1) изменений нет

2) участки затемнения чередуются с участками просветления

3) плотная тень

4) тень округлой формы с четкими контурами

5) тень с тяжистой структурой

5. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ НАИБОЛЬШАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭХОГРАФИИ?

1) простота и доступность исследования

2) [дифференциальный](https://pandia.ru/text/category/differentcial/) диагноз доброкачественных образований молочных желез

3) выявление функциональных изменений молочных желез

4) обнаружение метастазов рака молочных желез

5) [дифференциальный](https://pandia.ru/text/category/differentciya/) диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез

6. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ?

1) дуктография

2) маммография

3) термографмй

4) пункционная [биопсия](https://pandia.ru/text/category/biopsiya/)

5) интраоперационное [гистологическое](https://pandia.ru/text/category/gistologiya/) исследование

7. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МАСТОДИНИИ

1) срочное [хирургическое](https://pandia.ru/text/category/hirurgiya/) вмешательство

2) рентгенотерапия

3) комбинированный метод лечения

4) симптоматическое лечение

5) коррегирование расстройства центральной нервной системы

8. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПАЛЬПАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ МАСТОПАТИИ.

1) опухоль с четкими контурами

2) опухоль дольчатого строения, плотная, тяжистая

3) опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения

4) безболезненный узел плотной консистенции

5) опухоль быстро растет

9. КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НУЖНО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕ­НИЕ ПРИ ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИИ

1)секторальная резекция

2) простая мастэктомия

3) регуляция нарушений желез внутренней секреции

4) гормонотерапия

5) радикальная мастэктомия по Холстеду

11.КАКИЕ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИГРАЮТ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ФИБРОАДЕНОМЫ

1) дисгормональная дисплазия

2) нарушение функции желез внутренней секреция

3) пожилой возраст

4) наличие невроза и Функциональных изменений

5) дисгормональная гиперплазия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **4** |
| **3** | **4** | **8** | **1** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **1** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Причины возникновения заболеваний молочной железы;
2. Классификация заболеваний молочной железы;
3. Симптоматика заболеваний молочной железы;
4. [Методы диагностики заболеваний молочной](http://zodorov.ru/programma-nauchno-prakticheskaya-konferenciya-sovremennaya-luc.html) железы;
5. [Методы консервативного лечения](http://zodorov.ru/programma-vstupitelenogo-ekzamena-v-aspiranturu.html);
6. [Методы операвних вмешательств при](http://zodorov.ru/6-12-neirohirurgicheskie-metodi-issledovniya-principi-operativ.html) заболеваниях молочной железы;
7. Причины основных видов осложнений;
8. Знать деонтологические принципы при выполнении данных операций;
9. Знать юридические основы.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Женщина 25-ти лет жалуется на наличие опухолевидного

образования в левой подмышечной области, которое перед месячными

становится более плотным и слегка болезненным. Заметила его около 7 лет назад, но к врачу не обращалась.

Объективно: образование округлой формы диаметром 4 см, мягко-

эластической консистенции, дольчатое. Какой диагноз Вы поставите? Каков план обследования, лечебная тактика?

**Задача № 2**

 Пациентка 33-х лет жалуется на покраснение, утолщение соска, наличие на нем «корок». Заметила это 3 месяца назад. Лечилась самостоятельно мазями. Ввиду неэффективности лечения обратилась к хирургу. При осмотре сосок и часть ореолы покрыты мокнущими корочками, при слущивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Молочные железы мягкие, дольчатые. Лимфатические узлы не определяются.

Какой диагноз Вы поставите? Каков план обследования, лечебная тактика?

**Задача №3**

Пациентка 52-х лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгальтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В

анамнезе две беременности, которые закончились абортами. В настоящее время менопауза. Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижневнутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска.

Какой диагноз Вы поставите? Каковы методы обследования, лечебная

тактика?

**Тема 8.** Планирование беременности, предгравидарная подготовка у различных групп пациентов. Защита истории болезни

Решение ситуационных задач.

 **Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАДАЧИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ:

1. производство абортов;
2. обеспечение контрацепцией;
3. наблюдение во время беременности;
4. гподготовка к желанной беременности;
5. все вышеперечисленное.

2. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. оральная контрацепция;
2. внутриматочная контрацепция;
3. механическая контрацепция;
4. химическая контрацепция.

3. ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН:

1. ВК;
2. гормональная контрацепция;
3. барьерная контрацепция;
4. влагалищная диафрагма.

4. РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ:

1. спермицидов;
2. влагалищной диафрагмы;
3. комбинированных эстроген-гестагенных препаратов;
4. презервативов.

5. КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ:

1. подавлению овуляции;
2. нарушению имплантации развивающейся бластоцисты в
3. эндометрий;
4. нарушению функции желтого тела;
5. изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.

6. К ТРЕХФАЗНЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. Тризистон;
2. Триквилар;
3. Триовит;
4. Три-мерси;
5. все ответы правильные.

7. ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ДАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

1. повышение аппетита и увеличение массы тела;
2. диспептические расстройства;
3. головную боль;
4. межменструальные выделения;
5. все ответы правильные.

8. НАЗОВИТЕ МЕХАНИЗМЫ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ВК:

1. блокада овуляции;
2. нарушение имплантации бластоцисты вследствие развития местных воспалительных реакций;
3. сперматотоксическое действие;
4. активация перистальтики маточных труб**;**
5. разрушение рецепторов к половым стероидам в эндометрии.

9. КАКОВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ВК:

1. возраст старше 35 лет;
2. воспалительные процессы гениталий;
3. ожирение;
4. мено- и метроррагии;
5. анемия и заболевания крови.

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВК:

1. экспульсия ВК;
2. внематочная беременность;
3. привычное невынашивание;
4. воспалительные заболевания внутренних половых органов;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **1** | **7** | **3** |
| **3** | **2** | **8** | **2** |
| **4** | **4** | **9** | **2** |
| **5** | **1** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия планирования беременности.

2. Цели и задачи планирования беременности.

3. Классификация методов контрацепции.

4. Биологические метода контрацепции.

5. Барьерные методы контрацепции.

6.Гормональные методы контрацепции

7. Противопоказания к различным видам контрацепции.

8. Предгравидарная подготовка

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.** К гинекологу обратилась пациентка Н., 20 лет, для выбора метода контрацепции. Какие сведения должен получить врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Задача № 2**

К гинекологу обратилась пациентка для выбора метода контрацепции. Возраст пациентки 35 лет, в анамнезе 2 нормальных родов. Какие вопросы должен задать ей врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| ПК1ПК5ПК6ОПК1ОПК2УК1ПК5 |   | # К признакам живорождения относят наличие:розового цвета кожных покровов +пульсации пуповинырефлексовтонуса мышц. # Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности:+до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недельнезависимо от срока беременности# [Медицинские критерии](http://ivo.garant.ru/#/document/70113066/entry/1000) рождения утверждены приказом:+Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н"О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи"Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"Конституцией Российской ФедерацииПорядком оказания акушерско-гинекологической помощи# Какая глава Федерального закона N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентирует вопросы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья?глава 1глава 3глава 5+глава 6глава 10# Какие отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и определяет:правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья гражданправа и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих правполномочия и ответственность органов государственной власти РA, органов государственной власти субъектов РA и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников+все ответы верны# Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является:диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периодапредупреждение и ранняя диагностика патологии новорожденныхпредупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности+предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных# Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации регламентирован:+приказ 572н Минздрава РФ от 1 ноября 2012 годаприказ 808н Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 годаприказ 752н Минздрава РФ от 12 ноября 2012 годаприказ 484н Минздрава РФ от 14 октября 2003 года# Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности проводится в сроки:10-12, 18-22, 30-32 недели+11-14, 18-21, 30-34 недели7-8, 11-14, 20-21 недели11-14, 20-21, 32-34 недели10-12, 18-21, 32-34 недели# На медицинские учреждения какой формы собственности распространяется Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации?государственные медицинские учреждениячастные медицинские учреждения+на все медицинские учреждения вне зависимости от формы собственностимуниципальные медицинские учреждения# Искусственное прерывание беременности по наличии медицинских показаний проводится при сроке беременности:до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недель+независимо от срока беременности# Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736т определяет:+перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременностиперечень социальных показаний для искусственного прерывания беременностиперечень медицинских и социальных показаний для искусственного прерывания беременностипротивопоказания к прерывания беременности# Медицинскими критериями рождения являются:+срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, - при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)срок беременности 22 недели и болеемасса тела ребенка при рождении 500 грамм и более ( или менее 500 грамм при многоплодных родах)длина тела ребенка при рождении 25 см и более# Медицинская стерилизация это:+медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по устному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше двадцати лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее пятерых детей# В Российской Федерации проводятся следующие виды экспертиз:экспертиза временной нетрудоспособностимедико-социальная экспертизавоенно-врачебная экспертизасудебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизаэкспертизы профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией+все ответы верны# Законодательством Российской Федерации за незаконное проведение искусственного прерывания беременности установлена ответственность:+административная и уголовнаяадминистративнаяуголовнаясудебная# Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях:+в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощитолько на основе платных услугтолько по договорам добровольного медицинского страхованиявсе ответы верны |
|  | # Пациентка 30 лет. По данным ультразвукового исследования диагностирована беременность тройней. В каком сроке беременности и какой продолжительностью будет выдан листок нетрудоспособности по беременности и родам?в 30 недель на 140 дней+ в 28 недель на 194 дняв 30 недель на 194 дняв 28 недель на 156 днейв 32 недели на 70 дней# Пациентка 42 лет. Родоразрешена операцией кесарева сечения в плановом порядке по поводу тазового предлежания крупного плода. Что является показанием для выдачи дополнительного листка нетрудоспособности по беременности и родам на 16 дней?+оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечениетазовое предлежание плодакрупный плодвозраст пациентки 42 года.# По факту рождения ребенка родителям новорожденного для регистрации его в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) в родильном доме выдается:свидетельство о рождении ребенкалисток по факту рождения ребенка+медицинское свидетельство о рожденииобменная карта новорожденногопаспорт новорожденного#Заполнение листка нетрудоспособности в бумажной форме проводится:ручкой с синими чернилами+гелиевой ручкой с черными черниламишариковой ручкой с черными черниламитребований к письменным принадлежностям нет. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| **ПК6** |  | # Своевременные роды – это роды в: сроке 38-41 неделя гестации+сроке 37 нед 1 день-41 неделя36 недель-40 недель37-42 недели# В родах обязательным является ведение:+партограммыкрипрогрмаммыфонограммыэлектрокардиограммы# Семейно-ориентированные роды это:+роды с участием членов семьиРоды, проходящие в домашних условияхРоды вне лечебного учрежденияРоды только в перинатальных центрах# Объективные признаки начала родовОтсутствие открытия шейки матки Нерегулярные схваткообразные боли внизу животаБурное шевеление плода+Регулярные схватки чрез 10 минут и чаще# При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен:Оценить состояние роженицы и выслушать сердцебиение плодаВсе ответы верны+Провести наружний акушерский осмотр и внутренне акушерское исследованиеУстановить диагноз при поступлении и выработать план ведения родов# Постоянный мониторинг за состоянием плода в родах показан:Переношенная беременностьПреэклампсияСахарный диабетМекониальная окраска вод+Все вышеперечисленное# Для обезболивания в родах используются:Внутривенная аналгезияСпазмолитики+Наркотические анальгетикиВ родах обезболивание не используется#При поступлении роженицы в родильный блок врач должен:провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазуОпределить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуациюОценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов+все ответы верны# Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу:1,2 см/час2,5 см/час+0,35 см/час1,5 см/час# Второй период родов длится:С начала потужной деятельностиС открытия маточного зева 8 смЗаканчивается рождением последа+с момента полного открытия до рождения ребенка# Максимальная длительность третьего периода родов:+30 минут1 час5-7 минут беременности45 минут# Во втором периоде родов акушерка должна находиться с роженицей:По требованию роженицы+постоянноКаждые 10 минутНе должна быть в род зале# Признаки удовлетворительного состояния ребенка при рождении:+розовый цвет кожичастота сердечных сокращений менее 100 в минутуредкое дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крикСинюшная окраска кожиЧастота сердечных сокращений 60 ударов в минуту# Пережатие и отсечение пуповины происходит:сразу после рождения ребенкачерез 30 секунд+через 1 минуту, но не более 10 минут после рождения ребенкаПо желанию женщины# С целью профилактики кровотечения в родах используется:+10 ЕД окситоцинаэнзапрост25 ЕД окситоцинаДицинон 500 ЕД# Допустимая кровопотеря в родах+Не более 0,5 % от массы тела1% от массы тела0,25 % от массы тела1,5 % от массы тела |
|  | # Первобеременная пациентка 30 лет поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 39 см. Выберете способ родоразрешения:+экстренное кесарево сечениеСамостоятельные роды с оказанием пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды без оказания пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды с оказанием пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и пособия по Морисо-Левре-Лашапель# Пациентка 22 лет. Родила мальчика весом 3500 г 54 см. Через 30 минут послед не отделился, кровотечения нет, признаки отделения последа положительные. Ваша тактика:+выделение последа наружными способами по Абуладзе, Гентеру или Креде -ЛазаревичуРучное отделение и выделение последа под внутривенным обезболиваниемРучное отделение и выделение последа без обезболиванияНеобходимо подождать еще 30 минут# Пациентка 30 лет поступила в родом с жалобами на кровянистые безболезные умеренные выделения из половых путей на фоне абсолютного спокойствия. Матка в нормотонусе, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 144 уд в минуту. Положение плода поперечное. Ваш диагноз:Прежедевременная отслойка нормально расположенной плаценты+Предлежание плацентыЭрозия шейки маткиКровоточащий полип цервикального канала |

**«Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся».**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена по экзаменационным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации :**

*Рд=Ртс +Рз/э, где*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз/э –*** *экзаменационный(зачетный) рейтинг;*

***Ртс–*** *текущий стандартизованный рейтинг*

Расчет Рэ (экзаменационного рейтинга)

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**Правила формирования текущего стандартизованного рейтинга обучающегося (д**алее текущий рейтинг)

Текущий рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает от 2 до 5 баллов включительно. Количество баллов складывается из входного контроля, устного ответа, самостоятельной работы на практическом занятии.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме тестирования и результатов истории болезни/родов и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**Правила получения бонусных баллов учащимися**

Дополнительный баллы, начисляемые по решению кафедры акушерства и гинекологии обучающемуся за определённые виды академической деятельности

Посещение обучающимися всех практических занятий и лекций 2 балла.

Результаты участия обучающегосяв предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре : 1 место 3 балла, 2 место -2балла, 3 место 2 балла, участие 1 балл.

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме Экзамена и Зачета

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

**Рэ - экзаменационный рейтинг Экзамен**

**30 БАЛЛОВ= 3Б+9Б+9Б+9Б**

**ТЕСТЫ 3 БАЛЛА:**

71-80 1 балл

81-90 2 балла

91-100 3балла

**1 ВОПРОС/ЗАДАЧА 9 баллов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка по 5 бальной системе** | **По БРС** |
| 2 (Неудовлетворительно) | 0 -2 балл |
| 3 (Удовлетворительно)  | 3-4 балл |
| 4 (Хорошо) | 5-7 баллов |
| 5 (Отлично) | 8-9 баллов |

**Критерии оценки (Вопрос)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка**  | **По БРС** | **Критерии**  |
| Неудовлетворительно | 0 баллов | Отказ от ответа |
| 1 балл | ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла. Отсутствие монологической речи. |
| 2 балла | ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.  |
| Удовлетворительно | 3 балла | ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускаются серьезная ошибка в содержании ответа, но после наводящего вопроса, правильно корректирует ответ. |
| 4 балла | ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается 3-4 ошибки в содержании ответа. |
| Хорошо | 5 баллов | ответ, обнаруживающий достаточные знания основных вопросов изучаемого материла; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, давать относительно аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 3-4 неточности в ответе. |
| 6 баллов | ответ, обнаруживающий достаточно прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 2 неточности в ответе. |
| 7 баллов | ответ, обнаруживающий достаточно прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 1 неточность в ответе. |
| Отлично | 8 баллов | ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.Однако допускается 1 неточность в ответе. |
| 9 баллов | ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |

**Критерии оценки (Задачи)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка**  | **По БРС** | **Критерии**  |
| Неудовлетворительно | 0 баллов | Выставляется без беседы по задаче, если обучающийся отказался от решения задачи. |
| 1 балл | Выставляется без беседы по задаче, если обучающийся не решил задачу. |
| 2 балла | Выставляется за бессодержательные ответы на вопрос, незнание основных понятий. |
| Удовлетворительно | 3 балла | Выставляется за формальные ответы, непонимание задачи.  |
| 4 баллов | Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы задачи, свидетельствующие о существенных недоработках обучающегося.  |
| Хорошо | 5 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются неточности носящие принципиальный характер.  |
| 6 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются неточности (2-3) носящие непринципиальный характер.  |
| 7 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются единичные неточности, носящие непринципиальный характер.  |
| Отлично | 8 баллов | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы задачи. Однако имеются единичные неточности, носящие непринципиальный характер |
| 9 баллов | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы задачи. |

**Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимися при условии получения им экзаменацинного/зачетного рейтинга не менее 15 баллов**

**Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **Оценка по дисциплине (модулю)** |
| **экзамен, дифференцированный зачёт** | **зачёт** |
| 86 - 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 - 85 балла | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 - 69 балла | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Список экзаменационных вопросов по акушерству для студентов 4 курса лечебного факультета**

1. Структура и организация работы родильного отделения. Показания для госпитализации в обсервационное отделение. СанПиН "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность".

2. Тазовое дно, его строение, функции.

3. Задачи и методы работы женской консультации. Принципы динамического наблюдения здоровых беременных

4. Женский таз, его плоскости, размеры, значение их с акушерских позиций. Акушерское значение истинной конъюгаты.

5. Динамическое наблюдение беременных, страдающих сердечно-сосудистой патологией

6. Особенности санитарно-противоэпидемического режима акушерского стационара. Профилактика внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах.

7. Санитарно-эпидемиологический режим в родильном доме. СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

8. Корифей акушерства М.М. Амбодик.

9. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов.

10. Роль женской консультации в профилактике преэклампсии

11. Роль женской консультации в перинатальной охране плода.

12. Особенности и значение асептики и антисептики в акушерстве.

13. Внутренняя секреция женских половых органов. Гонадотропные гормоны. Регуляция менструальной функции.

14. Нейро-эндокринная регуляция функций репродуктивной системы женщины. Циклические изменения в организме женщины

15. Диагностика поздних сроков беременности. Определение времени предоставления отпуска по беременности и родам. Показания для удлинения послеродового отпуска.

16. Определение срока родов, срока предоставления отпуска по беременности и родам. Показания для удлинения послеродового отпуска.

17. Принципы динамического наблюдения беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями

18. Циклические изменения в яичниках и матке в течение менструального цикла.

19. Динамическое наблюдение беременных, страдающих заболеваниями почек.

20. Особенности динамического наблюдения беременных, страдающих сахарным диабетом.

21. Имплантация, органогенез плода и плацентация. Влияние на эмбрион повреждающих факторов внешней среды.

22. Анатомо-физиологические особенности половой системы женщины в различные периоды жизни.

23. Анатомо-физиологические особенности женского организма в репродуктивном возрасте.

24. Роль гипоталамо-гипофизарной секреции в регуляции менструальной функции.

25. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы в препубертатный, пубертатный периоды жизни девочки.

26. Вероятные и достоверные признаки беременности.

27. Принципы динамического наблюдения беременных в женской консультации, выделение «групп риска» для предупреждения осложнений течения беременности и родов.

28. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов.

29. Режим, личная гигиена и питание беременных. Роль женской консультации в профилактике развития крупного плода.

30. Методы определения внутриутробного состояния плода.

31. Влияние факторов внешней среды на плод.

32. Методы регуляции рождаемости.

33. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

34. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.

35. Причины наступления родов. Регуляция родовой деятельности.

36. Первый период родов. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки, современные методы ведения и обезболивания родов, влияние на плод.

37. Анатомические особенности головки плода и ее размеры. Анатомо-физиологические особенности доношенного плода. Признаки зрелости плода.

38. Тазовые предлежания плода: причины, классификация, диагностика, биомеханизм родов.

39. Клиника родов: периоды, их продолжительность. Современные принципы ведения и обезболивания. Профилактика кровотечения.

40. Физиология последового периода. Современные принципы его ведения, профилактика последового кровотечения.

41. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Первый туалет новорожденного. Профилактика гонобленорреи.

42. Биомеханизм родов при тазовом предлежании. Ручные пособия при тазовом предлежании, профилактика осложнений в родах.

43. Тазовые предлежания: причины, классификация, диагностика. Особенности течения и ведения родов, возможные осложнения матери и плода и их профилактика.

44. Разгибательные вставления головки плода: этиология, патогенез, классификация, диагностика, особенности биомеханизма родов, акушерская тактика.

45. Последовый период. Физиология отделения и рождения последа. Признаки отделения последа. Способы выделения отделившегося последа. Неотложная помощь при последовом кровотечении.

46. Плод как объект родов: размеры головки и туловища плода. Понятие доношенности и зрелости плода.

47. Изменения в организме женщины во время беременности.

48. Изменения в молочных железах во время беременности. Уход за молочными железами в послеродовом периоде. Профилактика лактационных маститов.

49. Анатомо-физиологические особенности новорожденного. Уход за новорожденными.

50. Разрывы промежности и шейки матки в родах. Причины, классификация, диагностика, лечение, профилактика.

51. Причины наступления родов. Регуляция родовой деятельности. Понятие о готовности организма к родам. Современные принципы ведения физиологических родов, обезболивание. Профилактика кровотечения в родах.

52. Неправильные положения плода, виды, этиология, диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов. Осложнения и их профилактика.

53. Течение беременности и родов при пороках сердца. Оказание неотложной помощи при острой сердечной недостаточности в родах.

54. Особенности течения и ведения беременности при заболеваниях почек. Противопоказания к беременности. Влияние на плод.

55. Особенности течения, ведения беременности и родов при сахарном диабете. Диабетическая фетопатия.

56. Особенности течения и ведения беременности и родов у беременных, страдающих сахарным диабетом. Диабетическая фетопатия. Осложнения во время беременности и родов.

57. Послеродовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь, лечение геморрагического шока. Профилактика.

58. Разрыв матки. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника полного разрыва. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

59. Полный и неполный разрыв матки. Клиника, диагностика. Принципы неотложной терапии.

60. Предлежание плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Акушерская тактика при полном предлежании плаценты.

61. Предлежание плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности ведения беременности и родов при неполном предлежании плаценты. Принципы лечения геморрагического шока.

62. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, клиника, оказание неотложной помощи. Профилактика.

63. Преэклампсия: классификация патогенез, принципы лечения.

64. Преэклампсия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Оказание неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии на догоспитальном этапе.

65. Эклампсия: клиника, диагностика, неотложная помощь, профилактика.

66. Септические послеродовые заболевания: этиология, классификация. Послеродовый эндометрит: клиника, диагностика, лечение, профилактика.

67. Послеродовые септические заболевания: пути распространения инфекции, классификация. Клиника сепсиса, диагностика, лечение, профилактика.

68. Многоплодная беременность. Диагностика, особенности течения и ведения родов, осложнения во время беременности и в родах, их профилактика.

69. Слабость родовой деятельности: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

70. Аномалии родовой деятельности: классификация, этиология, клиника дискоординации родовой деятельности, современные методы лечения, профилактика.

71. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода: патогенез, диагностика, современные принципы ведения беременности, родов, профилактика.

72. Узкий таз. Классификация. Диагностика. Биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе. Принципы ведения родов, осложнения и их профилактика.

73. Перенашивание беременности: этиология, патогенез, влияние на плод, акушерская тактика.

74. Аномалии прикрепления плаценты: этиология, патогенез, классификация, клиника, акушерская тактика.

75. Операция кесарево сечение: показания, условия, обезболивание, виды операций.

76. Фетоплацентарная недостаточность: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

77. Современные методы контрацепции: классификация, механизм действия, противопоказания, осложнения и их профилактика.

78. Плодоразрушающие операции: виды, показания, условия, обезболивание, осложнения. Место плодоразрушающих операций в современном акушерстве.

79. Готовность организма беременной к родам: подготовительный и прелиминарный периоды, их продолжительность, клиника. Патологический прелиминарный период, клиника, диагностика, акушерская тактика.

80. Группы высокого риска осложнений во время беременности и родов.

81. Течение и ведение послеродового периода. Профилактика возможных осложнений послеродового периода.

82. Асфиксия новорожденного: этиология, оценка степени тяжести по шкале Апгар. Современные принципы реанимации новорожденного .

83. Второй период родов: клиника, биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания. Влияние второго периода на плод. Профилактика травматизма мягких тканей в родах.

84. Совершившийся разрыв матки в родах: этиология, диагностика, клиника. Принципы неотложной помощи.

85. Внутриутробная гипоксия плода: этиология, патогенез, клиника, современные методы диагностики, лечение и профилактика.

86. Акушерские щипцы: показания, условия, техника наложения выходных щипцов. Осложнения со стороны матери и плода, их профилактика.

87. Анатомически и клинически узкий таз: диагностика, принципы ведения родов при узком тазе, возможные осложнения в родах и их профилактика.

88. Плоскорахитический таз: этиология, диагностика, особенности биомеханизма родов и их ведение. Осложнения в родах, профилактика.

89. Недонашивание беременности: этиология, патогенез. Влияние на плод. Акушерская тактика при преждевременных родах.

90. Преэклампсия: формы, патогенез, клиника, принципы лечения, акушерская тактика, реабилитация.

91. Структура и организация работы перинатального центра, его роль в перинатальной охране плода

 **Список экзаменационных вопросов по акушерству и гинекологии**

**для студентов 5 курса лечебного факультета**

**ГИНЕКОЛОГИЯ**

1. Методы исследования гормональной функции яичников.

2. Анатомия женских половых органов.

3. Анатомо-физиологические особенности женской репродуктивной системы в эмбриональном и детском периодах.

4. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины в климактерический период.

5. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочки в препубертатном и пубертатном периодах.

6. Артифициальный аборт: медицинские показания, условия, обезболивание, возможные осложнения и их профилактика.

7. Внебольничный аборт: причины, клинические формы, клиника, неотложная помощь.

8. Гормональные методы контрацепции: классификация препаратов, механизм действия, противопоказания, осложнения.

9. Дисфункциональные ювенильные маточные кровотечения: патогенез, клиника, лечение, профилактика.

10. Дисфункциональные маточные кровотечения в пременопаузальном возрасте: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, реабилитация.

11. Женские половые гормоны и их влияние на организм женщины.

12. Задержка полового развития: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.

13. Значение гонадотропных гормонов в регуляции менструального цикла.

14. Искусственный аборт: условия, методы обезболивания. Возможные осложнения и их профилактика.

15. Климактерический синдром: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

16. Методы диагностики заболеваний шейки матки.

17. Методы обследования гинекологических больных.

18. Нейроэндокринная регуляция менструального цикла.

19. Особенности контрацепции подростков: классификация методов, механизм действия контрацептивов, противопоказания.

20. Острые воспалительные заболевания придатков матки: этиология, клиника, диагностика, лечение.

21. Острый метроэндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение.

22. Возрастные периоды жизни женщины.

23. Преждевременное половое созревание: этиология, клиника, диагностика, принципы терапии.

24. Роль женской консультации в профилактике и лечении гинекологических заболеваний.

25. Современные методы контрацепции: виды, условия их применения, механизм действия, противопоказания, осложнения.

26. Современные методы планирования семьи: цели, задачи, профилактика абортов.

27. Современные представления о нейроэндокринной регуляции менструального цикла. Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система и ее роль в регуляции менструальной функции. Классификация нарушений менструальной функции.

28. Роль женской консультации в системе акушерско-гинекологической помощи.

29. Специальные методы гинекологического обследования (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия, УЗИ): информативность, показания, условия для выполнения.

30. Степень чистоты влагалищного мазка: показания для исследования, информативность, метод забора материала, значение в диагностике гинекологических заболеваний.

31. Тесты функциональной диагностики для оценки менструального цикла: виды, время их проведения, информативность.

32. Топография органов малого таза.

33. Циклические изменения в яичниках и матке в течение менструального цикла.

34. Эндоскопические методы исследования в гинекологии: показания, условия, информативность.

35. Пузырный занос: этиология, диагностика, лечение, принципы диспансеризации.

36. «Острый живот» в гинекологии: причины, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, показания к оперативному лечению.

37. Выпадение матки: причины, клиника, лечение, профилактика.

38. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте: патогенез, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, гормональный гемостаз.

39. Доброкачественные опухоли яичников: классификация, диагностика, клиника, осложнения, лечение. Принцип динамического наблюдения.

40. Эпителиальные опухоли яичников: классификация, клиника, методы диагностики, осложнение, лечение.

41. Бесплодный брак. Причины бесплодия в браке. Методы обследования. Принципы лечения женского бесплодия.

42. Заболевания, передающиеся половым путем: этиология, классификация, принципы диагностики, лечение, профилактика.

43. Инфицированный аборт: этиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение, неотложная помощь. Неотложная помощь при септическом шоке.

44. Миома матки: классификация, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению. Объем оперативного лечения.

45. Миома матки: этиология, патогенез, классификация. Клиника субмукозной миомы матки. Принципы лечения, показания к хирургическому лечению.

46. Нарушения менструальной функции: классификация, этиология, патогенез, методы обследования, дифференциальная диагностика.

47. Неполный аборт: клиника, неотложная помощь, профилактика осложнений.

48. Апоплексия яичника: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, объем операции.

49. Осложнения опухолей яичников: клиника, диагностика, неотложная помощь.

50. Острая женская гонорея: клиника, методы диагностики, лечение, критерии излеченности, профилактика.

51. Острый аднексит: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

52. Острый пельвиоперитонит: этиология, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.

53. Перекрут ножки опухоли яичника: понятие об анатомической и хирургической ножке опухоли яичника, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

54. Предменструальный синдром: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

55. Рак шейки матки: стадии распространения, клиника, методы диагностики, лечение, профилактика.

56. Рак эндометрия: этиология, патогенез, стадии распространения, клиника, диагностика, принцип лечения.

57. Рак яичников: классификация, стадии распространения, клиника, диагностика, лечение.

58. Септический аборт: этиология, клиника, диагностика, оказание неотложной помощи при бактериальном шоке.

59. Трихомониаз женских половых органов: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

60. Хорионэпителиома: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, принцип динамического наблюдения.

61. Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы: этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.

62. Трубный аборт: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.

63. Туберкулез женских половых органов: классификация, клиника, методы диагностики, принципы лечения.

64. Фоновые заболевания и предрак шейки матки: клиника, методы диагностики, лечение.

65. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, врачебная тактика.

66. Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов: этиология, клиника, диагностика. Принципы лечения.

67. Хронический аднексит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.

68. Эндометриоз: классификация, клиника, диагностика, консервативная терапия.

69. Эпителиальные опухоли яичников: классификация, клиника, методы диагностики, осложнения, лечение.

70. Хроническая гонорея женских половых органов: клиника, диагностика, методы провокации, лечение.

**АКУШЕРСТВО**

71. Асфиксия новорожденного. Компенсаторно-приспособительные реакции организма плода как основа сохранения гомеостаза, механизм его поддержания. Этиология, патогенез, классификация, оценка тяжести асфиксии и современные методы реанимации .

72. Анемия беременных: этиология, клиника, диагностика, лечение, значение белков в питании беременной, метаболические пути использования аминокислот. Ведение беременности и родов. Реабилитация в послеродовом периоде.

73. Тяжёлая преэклампсия: ведение беременности и родов, осложнения для матери, плода и новорожденного. Показания к досрочному родоразрешению.

74. Режим, гигиена и питание беременных. Значение белков в питании беременной женщины. Особенность диетотерапии в профилактике осложнений беременности.

75. Гистофизиология молочной железы, нейроэндокринная регуляция лактации. Заболевание молочных желез в послеродовом периоде (трещины сосков, патологический лактостаз, негнойный мастит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

76. Клиника родов: причины наступления родов, механизм регуляции сократительной деятельности матки, периоды родов, их продолжительность и клинические признаки. Современные принципы ведения родов. Обезболивание родов.

77. Кровотечение в раннем послеродовом периоде: этиология, клиника, диагностика. Неотложная помощь при раннем послеродовом гипотоническом кровотечении. Профилактика кровотечения в родах.

78. Преэклампсия беременных: патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

79. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Роль плаценты в системе «мать-плод», особенности ее развития. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принцип ведения беременности и родов, неотложная помощь, профилактика.

80. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов: диспансеризация беременных из группы высокого риска, дифференцированное их ведение во время беременности и родов.

81. Узкий таз: этиология, диагностика, особенности течения и ведения беременности и родов, профилактика осложнений у матери и плода.

82. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Принцип ведения периода изгнания плода. Профилактика осложнений.

83. Ведение физиологических родов, обезболивание, профилактика кровотечения.

84. Гигиена и питание беременных. Роль женской консультации в профилактике развития крупного плода.

85. Готовность организма беременной к родам. Подготовительный и прелиминарный периоды, их продолжительность. Патологический прелиминарный период: клиника, диагностика, акушерская тактика.

86. Динамическое наблюдение беременных с заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь), противопоказания к беременности. Реабилитация в послеродовом периоде.

87. Динамическое наблюдение беременных с эндокринной патологией (сахарный диабет): противопоказания к беременности, сроки профилактической госпитализации. Реабилитация в послеродовом периоде. Диабетическая фетопатия.

88. Диспансеризация здоровых беременных женщин: оптимальный срок взятия на учет, объем обследования, выделение групп риска.

89. Заболевание почек и беременность: классификация, группы риска, противопоказания к беременности. Особенности течения беременности и родов. Реабилитация в послеродовом периоде.

90. Изменения в молочных железах во время беременности. Уход за молочными железами в послеродовом периоде. Профилактика мастита.

91. Имплантация, органогенез плода, плацентация. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды.

92. Кесарево сечение: показания, условия, разновидности операции, топографическое обоснование операции в нижнем сегменте, основные этапы оперативной техники. Возможные осложнения, их профилактика.

93. Клиника родов, периоды родов и продолжительность их течения, современные принципы ведения родов. Обезболивание родов.

94. Кровотечение в раннем послеродовом периоде: этиология, клиника, диагностика, оказание неотложной помощи, профилактика.

95. Недонашивание беременности: этиология, клиника, лечение. Особенности ведения преждевременных родов.

96. Операция наложения акушерских щипцов: показания, условия, осложнения и их профилактика.

97. Особенности санитарно-эпидемического режима в родовспомогательных учреждениях. СанПиН "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

98. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Первый туалет новорожденного.

99. Преэклампсия: этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика в условиях женской консультации.

100. Послеродовое кровотечение: причины, клиника, диагностика, неотложная помощь, профилактика.

101. Послеродовый мастит. Понятие воспаления, этиология воспаления, основные местные и общие признаки, стадии и формы. Этиология, патогенез, классификация мастита. Особенности течения в современных условиях, диагностика, лечение, профилактика послеродового мастита.

102. Послеродовый период: клиническая характеристика, продолжительность, современные принципы ведения. Неотложная помощь при послеродовом кровотечении на догоспитальном этапе.

103. Предлежание плаценты: этиология, классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика.

104. Разрыв матки: причины, механизм разрыва, клиника совершившегося полного разрыва матки, неотложная помощь.

105. Разрыв матки: этиология, классификация. Клиника угрожающего разрыва. Акушерская тактика.

106. Роль женской консультации в профилактике преэклампсии беременных: выделение групп риска, особенности диспансерного наблюдения, диагностика, тактика ведения.

107. Сахарный диабет и беременность: особенности течения диабета, осложнения беременности. Принцип динамического наблюдения беременных с сахарным диабетом.

108. Слабость родовой деятельности: этиология, виды, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

109. Тазовые предлежания плода: классификация, диагностика. Принципы ведения беременности и родов.

110. Течение беременности и родов при пороках сердца. Принципы диспансеризации, противопоказания к сохранению беременности. Оказание неотложной помощи при отеке легких.

111. Эклампсия: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, профилактика, акушерская тактика.

112. Особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с пороками сердца: основные задачи и методы обследования беременной с сердечно-сосудистой патологией,

противопоказания к беременности, сроки профилактической госпитализации, способы родоразрешения. Профилактика осложнений.

113. Методы диагностики поздних сроков беременности: сбор анамнеза беременной, объективное обследование, дополнительные методы обследования.

114. Перенашивание беременности: этиология, патогенез, влияние на плод. Акушерская тактика.

115. Плацента человека. Особенности ее развития и имплантация. Плацентарная недостаточность: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика в критические периоды развития беременности.

116. Современные принципы ведения физиологического послеродового периода: санитарно-эпидемический режим родильниц, особенности питания, уход за родильницей. Профилактика септических послеродовых заболеваний.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета.

**Образец экзаменационного билета для проведения промежуточной аттестации 5 курса**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело**

**Дисциплина: Акушерство и гинекология**

**Экзаменационный билет № 2**

1. Набор тестовых заданий в ИС университета.
2. Перекрут ножки опухоли яичника: понятие об анатомической и хирургической ножке опухоли яичника, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Диспансеризация здоровых беременных женщин (приказ МЗ РФ № 572-н): оптимальный срок взятия на учет, объем обследования, выделение групп риска.
4. Задача № 2.

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии: д.м.н., профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.Д. Константинова

Декан лечебного факультета, д.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.Н. Лященко

«08» апреля 2019

**СПИСОК**

**задач по акушерству и гинекологии**

**для экзаменов 4 курса лечебного факультета**

**Задача № 1**

Первобеременная 18 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью, с жалобами на боли в животе постоянного характера и темные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза выяснено, что в течение 10 дней отмечала выраженные отеки голеней, брюшной стенки, головную боль. К врачу не обращалась. При поступлении АД 140/80; 140/80 мм рт.ст., бледна, пульс 90 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. Матка напряжена, болезненна, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, аритмичное, 160 уд. в минуту. Родовой деятельности нет, из влагалища значительные кровянистые выделения.

При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, зев закрыт.

Какой диагноз? Что делать?

**Задача № 2**

Первородящая 21 года. Час назад с началом схваток при доношенной беременности появилась резкая головная боль, мелькание «мушек» перед глазами. АД 180/120 мм. рт. ст., умеренные отеки голеней. В анамнезе указаний на повышение артериального давления и заболевания почек нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см., плодный пузырь цел. Предлежит головка, над I тазовой плоскостью. Мыс не достижим.

Какой диагноз? Тактика врача?

**Задача № 3**

Первобеременная 27 лет. В сроке 34 недели беременности отмечена прибавка массы тела за 2 недели на 3,8 кг. жалоб нет. АД 110/70 мм. рт. ст. В моче белок 0,66‰.

Диагноз? Тактика врача женской консультации?

**Задача № 4**

Первородящая 29 лет. Доставлена в родильный дом после приступа судорог, который был дома.

При поступлении АД 210/120 мм. рт. ст., состояние тяжелое, заторможена. Беременность доношенная. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Схватки потужного характера, активные, продолжительные. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Какой диагноз? Каковы дальнейшие тактика и лечение?

**Задача № 5**

Роженица 25 лет поступила в родильное отделение по поводу II срочных родов. Наблюдалась в женской консультации нерегулярно. В последние две недели стала отмечать отеки на лице и ногах, не лечилась. В родах 10 часов, воды отошли 2 часа тому назад.

Объективно: АД 180/100 и 170/100 мм.рт.ст. Выраженные отеки на голенях. Размеры таза 26-28-30-21 см. ВДМ – 35 см., окружность живота 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 160 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, на III тазовой плоскости, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Емкость таза достаточная.

Диагноз? План лечения и родов?

**Задача № 6**

Первобеременная 20 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке 36 недель с жалобами на отеки нижних конечностей. АД 150/90 и 140/90 мм.рт.ст. В моче белок 1%

Какой диагноз? Как лечить?

**Задача № 7**

Роженица 34 лет, поступила в родильный дом с указанием на схватки, начавшиеся 6 часов назад. Роды вторые, в анамнезе 3 медицинских аборта. Через 2 часа после поступления родила живую доношенную девочку весом 3600 г. Через 15 минут после рождения ребенка началось кровотечение. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря составила 200мл. кровотечение продолжается.

Какой диагноз? Какова должна быть тактика врача?

**Задача № 8**

Первородящая 28 лет. Анамнез не отягощен. Родила живого доношенного мальчика массой 3500 г. Через 10 минут после рождения плода появились признаки отделения плаценты, но послед самостоятельно не рождается, кровотечения нет. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. АД 120/70 мм. рт. ст.

Тактика врача?

**Задача № 9**

Повторнобеременная 29 лет. Беременность III, роды I. Предшествующие две беременности закончились криминальным абортом. В последовом периоде при кровопотере 400 мл. приступили к ручному отделению плаценты. Полностью отделить не удается. Плацентарная ткань рвется, отделяется частями, кровотечение становится профузным.

Диагноз? Дальнейшая тактика?

**Задача № 10**

Роженица 20 лет. Поступила в роддом во втором периоде I срочных родов. Родила живую, доношенную девочку массой 3950 г. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целость его вызывает сомнение. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря 100 мл.

Какова должна быть тактика врача?

1. Задача № 11

Роженица 33 лет. Вес 70 кг. Беременность III, роды II. В анамнезе один медицинский аборт. Родила живую доношенную девочку массой 3200 г.Через 30 минут началось кровотечение, признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря составила 300 мл. и продолжается.

Диагноз? Акушерская тактика?

1. Задача № 12

Роженица 33 лет. Вес 70 кг. Беременность шестая, роды вторые. Поступила в родильный дом в потужном периоде II срочных родов. В анамнезе 4 медицинских аборта и одни срочные роды, осложнившиеся последовым кровотечением, по поводу чего проводилось ручное отделение и выделение последа. Родила живого доношенного мальчика 4000 г. В последовом периоде без признаков отделения плаценты началось кровотечение. При кровопотере 500 мл. произвели ручное отделение и выделение последа. Матка сократилась. Кровотечения нет. Общая кровопотеря составила 800 мл.

Какие допущены ошибки? Как следовало поступить?

1. Задача № 13

Беременная 20 лет поступила по поводу начавшейся родовой деятельности при доношенной беременности. Беременность и роды первые. Регулярно наблюдалась в женской консультации. 2 недели тому назад на УЗИ диагностирована двойня. В родах 8 часов. Схватки регулярные, интенсивные. С/биение 1-го плода ясное, ритмичное 132 удара в мин., 2-го плода 148 ударов в мин. Через 2 часа после поступления произошли роды 1 плодом массой 2850 г., длиной 48 см. После рождения плода при наружном акушерском исследовании обнаружено поперечное положение второго плода, головка справа. С/биение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 минуту.

Диагноз? План ведения родов?

**Задача № 14**

Повторнородящая 32 лет. Поступила в первом периоде III срочных родов. В анамнезе 7 медицинских абортов. При поступлении предъявляет жалобы на яркие кровянистые выделения в умеренном количестве из половых путей. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс 70 уд. в мин., хорошего наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту.

При осмотре в зеркалах: из цервикального канала яркие кровянистые выделения. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева на 4 см., плодный пузырь цел, оболочки шероховатые, справа мягкая ткань. Предлежит головка, над I тазовой плоскостью.

Какой диагноз? Как вести роды?

1. Задача № 15

В конце беременности у повторнородящей женщины вне родовой деятельности внезапно появились яркие кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего обратилась в женскую консультацию. Матка мягкая, безболезненная при пальпации, предлежат ягодицы. Сердцебиение плода приглушено, 140 уд. в мин. Кровянистые выделения умеренные.

Каков диагноз? Что делать?

1. Задача № 16

Повторнородящая в сроке беременности 34 недели доставлена на носилках в род. дом в крайне тяжелом состоянии. Беременная стонет, жалуется на резкие распирающие боли в животе в течение 2-х часов. Боли начались внезапно. Кожные покровы резко бледны, лицо отечно, покрыто мелким потом, губы бледны, с синюшным оттенком, одышка, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 90/40 мм. рт. ст. Живот вздут, матка резко напряжена, плотной консистенции, дно ее почти под мечевидным отростком. Пальпация частей плода затруднена. По левому ребру матка имеет выпячивание, болезненное при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается, родовой деятельности нет. Из половых путей кровянистые выделения в незначительном количестве.

Какой диагноз? Какова должна быть тактика врача?

1. Задача № 17

Беременность четвертая, предстоят I роды. В анамнезе два медицинских аборта и один самопроизвольный выкидыш. Поступила по поводу обильного, внезапно начавшегося кровотечения из половых путей в сроке беременности 36 недель. Состояние средней тяжести, АД 90/50 мм. рт. ст. Пульс 110 ударов в мин. обращает внимание бледность кожных покровов. Матка в нормотонусе, безболезненная. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода приглушено, 160 уд. в мин. При осмотре в зеркалах: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Через своды определяется пастозность.

Какой диагноз? Тактика врача?

1. Задача № 18

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах – клиническое несоответствие головки с тазом, операция кесарева сечения. Ребенок массой 3500 г. жив. Настоящая беременность третья доношенная. Живот отвислый по средней линии живота – послеоперационный рубец. Положение плода продольное, вторая позиция, предлежит головка. С/биение плода ясное 134 уд/мин. справа ниже пупка. Окружность живота 103 см., высота стояния дна матки 37 см. Ромб Михаэлиса 9,5×11 см. Размеры таза 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Вес 65 кг. Рост 150 см. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Диагональная коньюгата 10 см.

Диагноз? Тактика ведения родов?

 Задача № 19

Первородящая 21 года поступила в родильный дом с доношенной беременностью, с активной родовой деятельностью. Околоплодные воды отошли 16 часов тому назад. Размеры таза 25-28-30-17,5 см., окружность живота 96 см., высота стояния дна матки 36 см. Положение плода продольное, позиция вторая, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена вровень. Подтекают окрашенные меконием воды с запахом. С/биение плода не выслушивается. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, над I тазовой плоскостью лобный шов в поперечном разрезе, корень носа слева.

Диагноз? Тактика врача?

1. Задача № 20

Роженица 34-х лет. Беременность третья, предстоят вторые роды. Первая беременность три года назад закончилась мертворождением в результате затяжных родов. Плод весом 3400,0 г. с кровоизлиянием в мозг. Вторая беременность через год закончилась медицинским абортом. Данная беременность анамнестически переношенная.

 Размеры таза: 27-28-30-17,5 см. Верхний угол ромба Михаэлиса уплощен.

 Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, головка над I тазовой плоскостью. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой справа, ближе к проводной оси таза. Диагональная коньюгата 10,5 см. Симптом Вастена положительный. При хорошей родовой деятельности в течении I часа продвижения головки нет.

Диагноз? Тактика ведения беременности и родов?

1. Задача № 21

В родильный дом поступила первородящая 28 лет с доношенной беременностью. Менструации с 16 лет по 2-3 дня, скудные. Рост 151 см. Размеры таза: 23-26-28-18 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Окружность живота 104 см. Высота дна матки – 40 см.

Дать оценку таза.

Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы определить степень сужения таза? Каков план ведения родов?

1. Задача № 22

Роженица 28 лет, беременность II, предстоят первые роды. Размеры таза: 23-26-29-18см. окружность живота 107 см., высота стояния дна матки 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/биение плода ясное, 136 ударов в минуту, безводный промежуток составил 5 часов.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, головка над I тазовой плоскостью, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, родничок обращен к крестцу. Диагональная коньюгата 11 см.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 23**

Повторнородящая 39 лет, с отягощенным акушерским анамнезом: 10 абортов, двое родов. Данные роды третьи. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту. В родах 20 часов, безводный промежуток 6 часов. Схватки каждые 2-3 минуты, по 40 секунд, потужного характера, болезненные. Симптом Вастена положительный. Контракционное кольцо на 1 см. ниже пупка, нижний сегмент болезненный при пальпации. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, лицевая линия в правом косом размере, подбородок обращен кзади, лоб кпереди. Мыс недостижим.

Диагноз? Тактика ведения родов?

**Задача № 24**

Роженице 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Диагональная коньюгата 10 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес плода 3500 г.

Диагноз? План ведения родов?

1. Задача № 25

Повторнородящая 32 лет. Беременность пятая, роды вторые. Размеры таза 23-25-28-17. положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода не выслушивается. В родах 19 часов. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка над 1 тазовой плоскостью, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, ниже большого. Мыс достижим, диагональная коньюгата 11 см. Продолжительность второго периода 1 час. Потуги через 1-2 мин., по 60 сек., хорошей силы. Женщина крайне беспокойна, кричит. Контракционное кольцо на 4 см. ниже пупка расположено косо. Нижний сегмент болезненный при пальпации.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

1. Задача № 26

Повторнородящая 32 лет. Беременность пятая, роды вторые, срочные. Размеры таза 23-25-28-18 см. Диагональная коньюгата 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 140 уд. в мин. В родах 12 часов. Продолжительность второго периода родов 1 час. Потуги через 1-2 мин., по 60 сек., хорошей силы. Женщина крайне беспокойна, кричит. Контракционное кольцо на 4 см. ниже пупка расположено косо. Нижний сегмент болезненный при пальпации. После очередной потуги роженица перестала кричать, кожные покровы побледнели. Пульс 140 уд. в мин., слабого наполнения. АД 70/60 мм. рт. ст. Контуры матки изменились, бугристые, нечеткие. Сердцебиение плода исчезло. Из половых путей появились кровянистые выделения.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

1. Задача №27

Повторнородящая 37 лет. Поступила в родильное отделение в I периоде родов со слабыми схватками и ранним излитием около плодных вод. Схватки по 25-30 сек., через 5-6 мн., слабой силы. В родах 11 часов. Безводный промежуток 4 часа. Размеры таза 22-25-28-17 см. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, слева выше пупка, 144 уд. в мин. Предполагаемый вес плода по Якубовой 4000г.

 Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см., края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Плодного пузыря нет ягодицы над 1 тазовой плоскостью, межвертельная линия в левом косом размере, копчик слева спереди. Мыс достижим, диагональная коньюгата 10,5 см.

 Диагноз? План ведения родов?

1. Задача № 28

Роженица 30 лет. Третья беременность, вторые срочные роды. Размеры таза: 26-29-31-20 см. Положение плода продольное, головка пальпируется в дне матки, над входом в малый таз пальпируется тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту. Предполагаемый вес плода 3400 г. Схватки по 30-35 секунд, каждые 3-4 минуты. Продолжительность родов 6 часов.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы над 1 тазовой плоскостью. Межвертельная линия находится в левом косом размере. Мыс недостижим. Таз емкий.

Диагноз? План ведения родов?

1. Задача № 29

Роженице 29 лет. Беременность четвертая, вторые срочные роды. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется головка, над входом в малый таз тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту, справа выше пупка. В родах 14 часов.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, хорошо растяжимые. Открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, вскрылся в момент исследования, выпали ножки вместе с «клубком» слабо пульсирующих петель пуповины.

Диагноз? Тактика ведения родов?

1. Задача № 30

Первородящая 35 лет. Роды срочные. Поступила в родильное отделение в первом периоде родов с указанием на раннее излитие околоплодных вод. Продолжительность родов 10 часов. Безводный период 8 часов. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Диагональная коньюгата 10,5 см. Индекс Соловьева 14,5 см. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту. Открытие маточного зева 4 см.

Диагноз? Дальнейшее ведение родов?

1. Задача № 31

Повторнородящая 32 лет. Поступила в родильное отделение при доношенной беременности с регулярной родовой деятельностью и указанием на подтекание вод в течение 2-х часов. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Плод достаточно подвижен. Головка определяется справа. Предполагаемый вес 3200г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту, на уровне пупка справа. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см., плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Во влагалище пальпируются пульсирующие петли пуповины.

Диагноз?

В чем ошибка ведения беременности в женской консультации?

Дальнейшее ведение родов?

1. Задача № 32

Первородящая 20 лет. Поступила в родильный дом во втором периоде срочных родов. 16 часов назад отошли околоплодные воды. Размеры таза 24-27-29-19 см. Матка седловидной формы, плотно охватывает плод. Положение плода поперечное, первая позиция, передний вид. С/биение плода отсутствует. Подтекают воды зеленого цвета. Данные влагалищного исследования: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ручка. Мыс не достижим.

Диагноз? Тактика ведения родов?

1. Задача № 33

Первородящая 40 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Головка над I тазовой плоскостью. Мыс не достижим. Плодный пузырь вскрыт инструментально, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Родовая деятельность остается слабой.

Диагноз? Тактика ведения родов?

1. Задача № 34

Беременная 32 лет, поступила по поводу II срочных родов, начавшихся 8 часов назад. Беременность 9, роды 2. В анамнезе 1 роды закончились рождением плода массой 4200 г., последующие 7 беременностей – абортом по желанию женщины, без осложнений. Через два часа произошли роды плодом массой 4200 г., длиной 52 см. Проведена профилактика кровотечения метилэргометрином. Через 3 минуты самостоятельно отделился и выделился послед, цел. Кровопотеря 200,0 мл. А через 10 минут началось обильное кровотечение, матка дряблая.

Диагноз? Каков порядок проведения неотложных мероприятий по остановке кровотечения?

1. Задача № 35

Первобеременная 20 лет, поступила в родильное отделение в конце первого периода родов. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, вскрылся во время исследования, отошли светлые околоплодные воды и выпала петля пуповины, головка плода подвижна над входом в малый таз. Мыс недостижим.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

**Задача № 36**

Первобеременная 24-х лет страдает ревматизмом неактивной фазы, митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности. На учё­те у ревматолога. Срок беременности 8 недель.

Какой объем обследования следует провести беременной для реше­ния вопроса о возможности сохранения беременности?

**СПИСОК**

**экзаменационных задач по акушерству и гинекологии**

**для 5 курса лечебного факультета**

**Задача № 1**

Повторнобеременная К., 20 лет доставлена в гинекологическое отделение в ургентном порядке. Первая беременность была год назад, закончилась медицинским абортом с последующим субфебрилитетом на протяжении трех суток. Неделю назад обследовалась в женской консультации, установлен диагноз: беременность 6-7 недель. Два дня назад у больной появилась и стала нарастать боль в левой подвздошной области. Три часа тому назад боль значительно усилилась, появилась общая слабость, однократно рвота. Температура тела нормальная. Симптомы раздражения брюшины нечеткие. Матка увеличена соответственно 6-7 неделям беременности. В области левых придатков утолщение 4×2×2 см., безболезненное. Из влагалища скудные тёмно-кровянистые выделения

1. Диагноз? 2. Какие необходимы дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Лечение

**Задача № 2**

 Г., 14 лет, доставлена в гинекологическое отделение в крайне тяжелом состоянии, сознание ясное, кожные покровы резко бледны, видимые слизистые с цианотичным оттенком. Пульс 120 уд. в мин., АД 90/40 мм. рт. ст. Жалобы на кровянистые выделения из влагалища, которые длятся около 30 дней. Месячные с 12 лет нерегулярные через 3-6 месяцев, длительные. Никуда не обращалась. Половой жизнью не живет.

Ректальное исследование: матка маленькая, придатки без особенностей. Из влагалища обильные кровянистые выделения со сгустками.

Анализ крови: Э – 2,1×10¹², Hb – 80 г/л.

1. Диагноз? 2. Лечение?

**Задача № 3**

Больная 23-х лет, жалуется на резкие боли внизу живота и пояснице, гнойно-кровянистые выделения из половых органов. Начало заболевания связывает с искусственным абортом, который был произведен неделю назад при сроке беременности 8 недель. Температура тела была субфебрильная, а накануне – 38,6°С.

О.З. шейка эпителизирована, выделения из цервикального канала обильные, гнойно-кровянистые.

 Р.V.: канал шейки пропускает кончик пальца. Матка размягчена, увеличена до 6 недель беременности, при пальпации, подвижная. Придатки не определяются. Своды глубокие, свободные.

1. Диагноз? 2. Лечение?

**Задача № 4**

Х., 19 лет, обратилась впервые с жалобами на нерегулярные через 3-4 месяца менструации, скудного характера, рост волос на лице, конечностях, передней брюшной стенке, вокруг сосков. Менструация началась с 16 лет. Живет половой жизнью 1 год, беременностей не имела. Муж здоров. В детстве перенесла корь.

О.З.: шейка эпителизирована, выделения из цервикального канала сукровичные, скудные.

Р.V.: матка обычных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются.

1. Диагноз? 2. Какие методы исследования нужно рекомендовать больной? 3. Лечение.

**Задача № 5**

С., 45 лет, обратилась с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых органов в течение 15 дней. В течение последних двух лет отмечает длительные, обильные, нерегулярные месячные с промежутками в 3-6 месяцев. Год назад при обильном кровотечении было проведено диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Не лечилась. Родов – 2 нормальных, абортов – 4. гинекологических заболеваний не отмечает. При гинекологическом исследовании матка и придатки без особенностей. Выделения кровянистые, умеренные. Шейка матки эпителизирована.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 6**

Больная 21 года. Жалуется на частое болезненное мочеиспускание, выделения из половых органов с неприятным запахом, зуд. Начало заболевания связывает со случайной половой связью неделю назад.

О.З.: слизистая шейки матки и стенок влагалища резко гиперемированы, отечные, с мелкоточечными кровоизлияниями, выделения обильные, зеленого цвета, жидковато-пенистые с неприятным запахом.

Р.V.: матки в антефлексио, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, своды глубокие.

1. Диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Лечение.

**Задача № 7**

У больной 32 лет после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли, кровянистые выделения из половых путей, вместе с которыми из половых путей выделился кусочек ткани в виде «пленки». Приступ болей сопровождался обморочным состоянием и холодным потом. По поводу наступившего кровотечения было проведено выскабливание слизистой матки, после которого кровотечение временно прекратилось; через 1 день вновь появились кровянистые выделения, но обильные. Тупые ноющие боли внизу живота, больше слева. Больная бледная, пульс 120 ударов в минуту, слабый.

Р.V.: наружный зев шейки матки закрыт. Матка в положении антеверзио, незначительно увеличена, размягчена, безболезненна. Справа придатки без особенностей, слева – болезненная пастозная опухоль без четких контуров.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 8**

П., 32 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, похудание, тяжесть внизу живота. Больной себя считает 2,5 года, когда на проф.осмотре гинекологом было выявлено опухолевидное образование слева, эластической консистенции размером 8×9×6 см. была взята на диспансерный учет, однако за 2 года больную к врачу не приглашали. Менструации с 13 лет; через 21 день по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. Родов -3, абортов – 3. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,2°С, пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

О.З.: слизистая влагалища розового цвета. Шейка матки цилиндрической формы, эпителизирована, выделения светлые, скудные.

Р.V.: матка маленькая, подвижная, безболезненная. Придатки справа не определяются; слева определяется опухолевидное образование плотной консистенции, бугристое, ограниченное в подвижности, слегка болезненное при исследовании. Своды свободные.

1. Диагноз? 2. Какая ошибка допущена врачом при женской консультации? 3. Лечение.

**Задача № 9**

Л., 40 лет, обратилась с жалобами на раздражительность, плаксивость, депрессию, мнительность, неоправданное чувство страха, головную боль, боль в области сердца, нагрубание молочных желез, увеличение массы тела, отеки конечностей. Указанный симптомокомплекс, возникает регулярно за 2-14 дней до начала менструации. Месячные регулярные по 3-4 дня. Родов – 2, абортов – 0. молочные железы без особенностей. Шейка матки чистая, выделения обычные.

 1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 10**

Н-ва, 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на общую слабость, боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,5°С, выделения из влагалища с неприятным запахом. Больна 7 лет воспалением придатков матки, по поводу чего неоднократно проводилось лечение в стационаре. Месяц назад проведен криминальный аборт, после которого периодически беспокоили боли внизу живота, субфебрилитет, лечилась только жаропонижающими средствами. Из анамнеза: родов – 2, абортов – 2. Объективно: состояние больной средней тяжести. Температура 38,6°С, пульс 100 уд. в мин., ритмичный, АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном и в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Р.V.: шейка матки обычных размеров и консистенции. Матка несколько увеличена, ограниченно подвижная, чувствительная при пальпации, отклонена вправо. Слева и кзади от матки определяется образование неправильной формы, эластической консистенции, ограниченное при движении, болезненное при исследовании. Справа область придатков без особенностей.

1. Диагноз? 2. Тактика врача?

**Задача № 11**

И., 21 года, обратилась с жалобами на нерегулярные менструации с задержками от 1 до 6 месяцев, рост волос на лице, вокруг сосков на грудных железах, на передней брюшной стенке и нижних конечностях. Живет половой жизнью 2 года, не предохраняясь, беременность не наступила. Муж обследован – здоров. Принимала гормональное лечение – эффекта не наступило. При объективном исследовании рост волос по мужскому типу. Питания обычного.

О.З.: шейка матки эпителизирована, выделения серозные, скудные.

Р.V.: матка обычных размеров, яичники с обеих сторон увеличены (3×4 см), безболезненны при исследовании.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 3. Методы лечения.

**Задача № 12**

С., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боль в пояснице, внизу живота, длительные и обильные менструации, а также наличие большой опухоли в животе, которую определил врач консультации. Менструации с 12 лет по 3-4 дня, необильные безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Родов – 2- без осложнений, абортов – 2.

 О.З.: шейка матки эпителизирована, подтянута к лону; выделения серозные, скудные.

Р.V.: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки подтянута за счет опухоли, исходящей из матки. Матка увеличена соответственно 16-17 неделям беременности, бугристая, плотная, подвижная при исследовании. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 13**

Больная 28 лет, жалобы на бесплодие. Менструация с 14 лет по 4-5 дней. Пять лет назад роды закончились плодоразрушающей операцией на мертвом плоде. Послеродовой период осложнился субинволюцией матки, дважды было повышение температуры до 38,5-39,0°С. Больше беременность не имела, не лечилась.

О.З.: шейка матки цилиндрической формы, выстлана типичным эпителием, выделения слизистые.

Р.V.: тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное. В области придатков с обеих сторон пальпируется опухолевидное образование.

По тестам функциональной диагностики у больной двухфазный менструальный цикл.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные исследования следует провести?

**Задача № 14**

В приемное отделение больницы поступила женщина 28 лет, с внезапно появившимися болями внизу живота, сопровождающиеся тошнотой, рвотой повышением температуры тела до 38,7ºС. Отмечалась кратковременная потеря сознания, снижение АД до 80/60 мм.рт.ст. Рs – 100 уд. в мин., ритмичный, мягкий. Отмечает сухость во рту. Живот несколько вздут, отмечается напряжение брюшной стенки слева внизу живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выпячивание какого-то образования в нижней части живота слева. Стул был, мочилась.

Р.V.: матка не увеличена, отклонена вправо. Справа придатки без особенностей. Слева в области придатков определяется тугоэластческой консистенции образование до 12 см. в диаметре резко болезненное при пальпации. Выделения светлые.

Анализ крови: Hb – 125 г/л, Л – 11,3 г/л, СОЭ – 35 мм/час. Анализ мочи без особенностей.

1. Диагноз? 2. Тактика.

**Задача № 15**

Больная, 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли и контактные, кровянистые выделения. Больна 3 месяца. Менструации с 13 лет, установились сразу через 28 дней по 4 дня, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23-х лет, беременностей не имела.

О.З.: шейка коническая, поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, размерами 2×2 см., легко кровоточащая.

Р.V.: матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения сукровично-слизистого характера.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 3. Лечение.

**Задача № 16**

Во время проф. осмотра у больной 54 лет обнаружено в области левых придатков образование размерами 9×8×6 см. Неоднородной консистенции, подвижное, безболезненное с гладкой поверхностью.

Из анамнеза: менструальная и детородная функции без особенностей, 4 года менопауза. Гинекологических заболеваний не было.

Данные УЗИ: матка без особенностей, правый яичник не определяется, левый яичник представляет жидкостное двухкамерное образование с эхонегативными включениями.

1. Предположительный диагноз? 2. лечение.

**Задача № 17**

В гинекологическое отделение поступила больная 47 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 дней после двухмесячной задержки менструации. Менструация с 14 лет по 4 дня через 28 дней. Последний год нерегулярные через 2-2,5 месяца. Родов – 2, абортов – 3. Три месяца назад в связи с кровотечением после двухмесячной задержки менструации было произведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Результат гистологического анализа: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Больная не лечилась.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 18**

Больная 23 лет, во время производства артифициального аборта, при сроке беременности 10 недель, произошла перфорация матки.

Из анамнеза: 1 беременность, закончившаяся родами 5 месяцев назад, без осложнений.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рs – 80 уд. мин., ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Ваша тактика?

**Задача № 19**

Больная 29 лет обратилась с жалобами на раздражительность, головную боль, нагрубание молочных желез, снижение памяти за 8 дней до очередной менструации. Все симптомы исчезают с началом менструации. В детстве перенесла паротит, корь, скарлатину, болезнь Боткина. В 26 лет было сотрясение мозга. После сотрясения головного мозга стала отмечать указанные выше жалобы.

Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 28 дней регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Имела один аборт в 8 недель беременности с повторным выскабливанием, две другие беременности закончились самопроизвольными абортами на 8-10 неделе беременности также с повторными выскабливаниями стенок полости матки. Страдает хроническим воспалением матки с периодическими обострениями. Объективно: патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

В зеркалах: шейка матки клинической формы, выстлана типичным эпителием. Выделения серозные, умеренные.

Влагалищное исследование: шейка матки плотной консистенции, зев закрыт. Матка нормальной величины, подвижная, плотная, безболезненная, в правильном положении. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

1. Диагноз? 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Каков патогенез заболевания?

4. Лечение.

**Задача № 20**

Больная 32 лет обратилась в ЖК с жалобами на скудные кровянистые выделения в течение 1 месяца после искусственного аборта; менструации с 14 лет по 4-5 дней через 21 день. Родов – 2, абортов – 3.

Объективно: состояние удовлетворительное, Рs – 72 уд. мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Р.V.: влагалище емкое, шейка цилиндрической формы, зев закрыт. Матка слегка увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Выделения кровянистые, скудные.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 21**

Больная 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей, начавшееся в срок менструации. В последние 4 года менструации обильные, а последние 2 года появились схваткообразные боли во время менструации, анемия. В анамнезе 2 аборта, родов – 0.

Объективно: Рs – 100 уд. мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный.

В зеркалах: в зеве определяется миоматозный узел диаметром 3 см. на ножке. Матка слегка увеличена, безболезненная. Придатки не определяются. Выделения кровянистые обильные.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 22**

Больная 50 лет доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей. В течение 8 лет состоит на «Д» учете по поводу миомы матки. В течение последних 2 лет врача не посещала, хотя стала отмечать частое мочеиспускание, боли в животе, запоры. В анамнезе 1 роды, 1 аборт.

Объективно: состояние удовлетворительное, Рs – 96 уд. мин., АД 130/80 мм.рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку определяется матка со множественными миоматозными узлами, плотная, безболезненная, соответствующая 30 неделям беременности.

PV.: влагалище рожавшей женщины, шейка деформирована за счет миоматозных узлов. Матка со множественными узлами соответствует 30 неделям беременности, безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

1. Диагноз? 2.Тактика?

**Задача № 23**

Больная 36 лет доставлена в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры до 38-39º С, общую слабость. Больна 2 дня, связывает с переохлаждением. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней. В анамнезе 2 родов, 3 аборта, осложненных аднекситом. В течение последних 6 лет неоднократно лечилась в стационаре по поводу обострения воспалительного процесса в придатках.

Объективно: Рs – 88 уд. мин., АД 110/70 мм.рт.ст., Т 38ºС. Живот мягкий, безболезненный в нижних отделах с резко выраженным напряжением передней брюшной стенки, больше справа.

Р.V.: матка нормальных размеров, чувствительная при пальпации. Правые придатки увеличены, мягкие, болезненные. Слева и кзади от матки – образование размером 4×9 см., резко болезненно, плотной консистенции.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 24**

К детскому гинекологу обратилась мать 5-ти летней девочки в связи с увеличением молочных желез, оволосением на лобке, появлением кровянистых выделений из половых путей.

Из анамнеза: девочка от первой неосложненной беременности, роды срочные без осложнений. Масса новорожденной – 3400 г., длина 50 см. Девочка ничем не болеет.

Объективно: у девочки выражены вторичные половые признаки.

Предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

**Задача № 25**

Женщина 30 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота и поясничной области. Состоит на учете по беременности в женской консультации.

Из анамнеза: менструация регулярная через 28 дней по 3-4 дня; последняя 3 месяца назад. Родов – 2, мед.абортов – 3 без осложнений.

Р.V.: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 10 недель беременности, мягкая, но легко возбудимая при пальпации. Придатки без особенностей. Выделения из влагалища – бели.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 26**

Больная 24 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и скудные кровянистые выделения из половых путей. Больна в течение 2 дней. Заболевание связывает с перенесенной лакунарной ангиной.

Из анамнеза: менструация с 14 лет, регулярная по 3 дня через 30 дней, последняя два месяца назад. Считает себя беременной. Состоит в браке. Гинекологических заболеваний не было.

Р.V.: влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, при пальпации легко возбудимая. Выделения сукровичные, в небольшом количестве.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 27**

Больная 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, слабость, повышение температуры до 39ºС. Заболевание началось остро.

Из анамнеза: в браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение.

Объективно: Р – 120 уд. мин., ритмичный. АД 120/80, температура 39,3ºС. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается резкая болезненность в его нижних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Анализ крови: Hb – 120, Л – 16,8×100, СОЭ 38 мм/час.

В зеркалах: шейка цилиндрическая, из цервикального канала гноевидные выделения.

Р.V.: влагалище нерожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, зев закрыт. Матку и придатки пальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Диагноз? План обследования и лечения?

**Задача № 28**

Больная 34 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильное кровотечение из половых путей. Последняя менструация два месяца назад, считала себя беременной. На учете по беременности не состоит. В течение последней недели беспокоят боли внизу живота. К врачу не обращалась.

Р.V.: влагалище рожавшей женщины. Шейка укорочена. Цервикальный канал пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягкая, при пальпации чувствительная, обильное кровотечение со сгустками.

1. Диагноз? 2. Лечение.

**Задача № 29**

Больная В. 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 2 срочных родов без осложнений, 3 искусственных аборта без осложнений. Менструации регулярные, безболезненные через 28 дней по 3 дня.

В зеркалах: шейка матки гипертрофирована. На передней губе имеется опухоль размером 2×2 см., кровоточащая, мелкобугристая.

Влагалищное исследование: шейка матки плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Своды глубокие. Выделения сукровичные, умеренные.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 3. Какой метод лечения должен быть выбран?

**Задача № 30**

Больная 50 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 6 дней. Симптоматическое лечение без эффекта. Из анамнеза установлено, что два месяца назад было произведено диагностическое выскабливание матки в связи с обильным кровотечением после задержки менструации на 3-и месяца. Гистологическое исследование соскоба из матки: Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Гормонотерапия не проводилась.

Р.V.: матка несколько увеличена в размерах, плотная, безболезненная, подвижная. Ее придатки без особенностей. Выделения из матки кровянистые, умеренные.

1. Диагноз? 2. Лечение.

.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  |  |  | вопросы №1,3,7,9 |
|  | Задача №25,14,13 |
|  |  |  | вопросы №1,3,7,9 |
|  | Задача № 1,3,8,9,15,20,24,29 |
|  |  |  | вопросы №1,3,7,9 |
|  |  |  | вопросы №1,3,7,9 |
|  |  |  | вопросы №32,34,49,56,60 |
|  | практические задания №21,23,28 |
|  |  |  | вопросы №11,13,57,39 |
|  |  |  | вопросы №21,33,47,34Задача №14,25,29 |
|  |  |  | вопросы №54,56,43,41,49,4648,57,53,69,92Задача № 12,16,18,27 |
|  |  |  | вопросы №11,25,39 Задача №2,8,16,23,30 |
|  |  |  | вопросы №1,3,7,9,66,78,89,91 |
|  |  | Задача № 26,24,27,1 |