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

*31.05.02 Педиатрия*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.02 Педиатрия*

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:**

| **Индекс** | **Компетенция** | **Индикаторы достижения компетенции** | | **Дескриптор** | **Описания** | | **Формы контроля** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ОПК-5 | Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | | Инд.ОПК5.1. Оценивает морфофункциональные особенности организма человека в рамках профессиональной деятельности | Знать  основные морфофункциональные признаки патологических состояний женского организма , состояния угрожающих жизни пациента, нарушения органов репродуктивной системы и систем организма при развитии полиорганной недостаточности | | тестирование;  устный опрос  реферат | | |
| Уметь  выявлять морфофункциональные признаки и особенностей патологических состояний женского организма | | проверка историй болезни;  тестирование;  устный опрос | | |
| Владеть  основными методами оценки морфофункциональных состояний женского организма и плода,базовыми приемами оказания неотложной помощи при критических и терминальных состояниях, | | проверка практических навыков | | |
| 2 | ОПК-6 | Способен организовать уход за больными и оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечить организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | Инд.ОПК6.1. Организовывает уход за больными на догоспитальном этапе | | Знать  Клинические проявления патологических состояний и заболевания, требующих оказания экстренной и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе | тестирование;  устный опрос  реферат | |
| Уметь  устанавливать приоритеты для решения проблем здоровья пациента | проверка историй болезни;  тестирование;  устный опрос | |
| Владеть  методикой оценки состояния пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи на догоспитальном этапе | проверка практических навыков | |
| 3 | ОПК-7 | Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | Инд.ОПК7.1. Составляет план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи. | | Знать  алгоритм оказания скорой медицинской помощи женщинам , подросткам и детям в акушерско-гинекологической практике при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | тестирование;  устный опрос  ореферат | |
| Уметьоказать скорую медицинскую помощь пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства при акушерско- гинекологиической патологии | проверка историй болезни;  тестирование;  устный опрос | |
| Владеть  алгоритмами оказания скорой медицинской помощи пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства при акушшерско-гинекологической патологии | проверка практических навыков | |
| 4 | УК-11 | Способность формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению | Инд.УК11.1. Применяет на практике принципы антикоррупционного поведения в медицинской организации по кадровой, ценовой и закупочной деятельности | | Знать  Основные определения коррупции, международное и национальное законодательство, регулирующее противодействие коррупции, основные подходы к формулированию стратегии противодействия коррупции и базовые элементы такой стратегии.ать | тестирование;  устный опрос  реферат | | |
| Уметь  Применять полученные знания в деятельности органов управления организацией медицинской помощи и специалистов системы здравоохранения, анализировать проблемы, связанные с коррупцией и противодействием ей | проверка историй болезни;  тестирование;  устный опрос | | |
| Владеть  Умением распознавать коррупцию как элемент социально-политической жизни общества , анализировать деятельность органов государственной власти, политических и общественных организаций в сфере противодействия коррупции | проверка практических навыков | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| ОПК-5  Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | Инд.ОПК5.1. Оценивает морфофункциональные особенности организма человека в рамках профессиональной деятельности | # Своевременные роды – это роды в:  сроке 38-41 неделя гестации  +сроке 37 нед 1 день-41 неделя  36 недель-40 недель  37-42 недели  # В родах обязательным является ведение:  +партограммы  крипрогрмаммы  фонограммы  электрокардиограммы  # Семейно-ориентированные роды это:  +роды с участием членов семьи  Роды, проходящие в домашних условиях  Роды вне лечебного учреждения  Роды только в перинатальных центрах  # Объективные признаки начала родов  Отсутствие открытия шейки матки  Нерегулярные схваткообразные боли внизу живота  Бурное шевеление плода  +Регулярные схватки чрез 10 минут и чаще  # При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен:  Оценить состояние роженицы и выслушать сердцебиение плода  Все ответы верны  +Провести наружний акушерский осмотр и внутренне акушерское исследование  Установить диагноз при поступлении и выработать план ведения родов  # Постоянный мониторинг за состоянием плода в родах показан:  Переношенная беременность  Преэклампсия  Сахарный диабет  Мекониальная окраска вод  +Все вышеперечисленное  # Для обезболивания в родах используются:  Внутривенная аналгезия  Спазмолитики  +Наркотические анальгетики  В родах обезболивание не используется  #При поступлении роженицы в родильный блок врач должен:  провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазу  Определить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуацию  Оценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов  +все ответы верны  # Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу:  1,2 см/час  2,5 см/час  +0,35 см/час  1,5 см/час  # Второй период родов длится:  С начала потужной деятельности  С открытия маточного зева 8 см  Заканчивается рождением последа  +с момента полного открытия до рождения ребенка  # Максимальная длительность третьего периода родов:  +30 минут  1 час  5-7 минут беременности  45 минут  # Во втором периоде родов акушерка должна находиться с роженицей:  По требованию роженицы  +постоянно  Каждые 10 минут  Не должна быть в род зале  # Признаки удовлетворительного состояния ребенка при рождении:  +розовый цвет кожи  частота сердечных сокращений менее 100 в минуту  редкое дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крик  Синюшная окраска кожи  Частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту  # Пережатие и отсечение пуповины происходит:  сразу после рождения ребенка  через 30 секунд  +через 1 минуту, но не более 10 минут после рождения ребенка  По желанию женщины  # С целью профилактики кровотечения в родах используется:  +10 ЕД окситоцина  энзапрост  25 ЕД окситоцина  Дицинон 500 ЕД  # Допустимая кровопотеря в родах  +Не более 0,5 % от массы тела  1% от массы тела  0,25 % от массы тела  1,5 % 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 сечение  Самостоятельные роды с оказанием пособия по Цовьянову  Самостоятельные роды без оказания пособия по Цовьянову  Самостоятельные 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 -Лазаревичу  Ручное отделение и выделение последа под внутривенным обезболиванием  Ручное отделение и выделение последа без обезболивания  Необходимо 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 плаценты  Эрозия шейки матки  Кровоточащий полип цервикального канала |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| ОПК-6  Способен организовать уход за больными и оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечить организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | Инд.ОПК6.1. Организовывает уход за больными на догоспитальном этапе | # Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет  15–20%  25–30%  +35–40%  45–50%  55–60%  # Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков  4  5  Не менее 6  7  + 8 и более  # Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является  Число 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 больные  с 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 трав  спермициды  +кандон (презерватив)  эубиотики |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | | **Тестовые задания** |
| ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | Определяет основные и побочные действия лекарственных препаратов, с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека | | # Под действием эстрогенов не происходит:  ороговения эпителия влагалища и мочеполового тракта  пролиферации выводных протоков молочных желез  +повышения выведения аскорбиновой кислоты с мочой  пролиферации паренхимы молочных желез  продукции шеечной слизи  # Физиологическое повышение уровня пролактина происходит  во время сна  в период лактации  при физической нагрузке  при перемене места жительства и стрессе  +все ответы верны.  # При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет  0,2–0,3˚С  +0,4–0,6˚С  0,7–0,8˚С  0,9–1,5˚С  # Кариопикнотический индекс – это процентное отношение  эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке  +поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке  базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке  поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам  # Для мужского типа телосложения характерно  уменьшение межакромиального расстояния  увеличение или уменьшение длины тела  увеличение межвертельного размера  +увеличение окружности грудной клетки  увеличение массы тела  # Для евнухоидного типа характерно  +увеличение длины тела  уменьшение длины ног  увеличение межвертильного размера  неравные межакромиальные и межвертильные размеры  # При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом  +нормопонирующим  антепонирующим  постпонирующим  нерегулярным  # 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 является  число осмотренных женщин  число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет  число женщин, направленных на лечение в санатории  +доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин  # Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные  с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции  воспалительными заболеваниями женских половых органов  с доброкачественными опухолями половой сферы  +Все вышеперечисленные  # Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр  контингента женщин, работающих во вредных условиях производства  декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу  больных, состоящих на диспансерном учете  +женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний  # Система гинекологической помощи детям и подросткам не включает следующие основные этапы  работу в дошкольных и школьных учреждениях  организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста  организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них  +организацию выездных бригад медицинской помощи |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** | |
| Инд.ОПК7.3.  УК-11Способность формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению | Определяет эффективность применения лекарственных препаратов с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека    Инд.УК11.1. Применяет на практике принципы антикоррупционного поведения в медицинской организации по кадровой, ценовой и закупочной деятельности | # 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 учет  число 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 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  # Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные  1) с 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  # Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр  1) 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  # Профилактика развития рака эндометрия состоит  в устранении нарушений овуляции  в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни  в применении гормональной терапии  +во всем перечисленном  # Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является  визуальный осмотр  кольпоскопия  радионуклеидный метод  +цитологическое исследование мазков  кульдоскопия  # С какими заболеваниями шейки матки больные не должны состоять на учете у врача-гинеколога?  рецидивирующий полипоз  +простая форма лейкоплакии  лейкоплакия с атипией  дисплазия  эритроплакия  # К какой группе диспансерного учета следует отнести больную с подозрением на рак яичников?  +Iа  Iб  II  III  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 родах  верно 1, 2, 3  верно 1, 2  +всех перечисленных  верно 4  никого 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 мазков  3) 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 менархе  2) 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 родов  3) лечение больных с хроническим эндометритом, сальпингоофоритом  4) проведение диатермокоагуляции псевдоэрозии шейки матки за 1- 3 дня до начала менструации  верно 1, 2, 3  верно 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 а  пальпации живота и молочных желез  +осмотра в зеркалах  бимануального осмотра  взятия 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**

**VII семестр**

**Занятие 1. Структура и организация работы акушерского стационара. Особенности эпидемиологического режима.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Структура акушерского стационара.

2. Организация работы приемно-пропускного блока

3. Организация работы отделения акушерской патологии

4. Организация работы родильного отделения

5. Организация работы послеродового отделения

6. Эпидемиологический режим акушерского стационара

**Практические навыки:**

«Ознакомление с режимом и организацией работы акушерского стационара»

**Форма текущего контроля:**

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

**Рефераты**

1. Структура акушерского стационара
2. Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы.
3. Стратегия риска в акушерстве и перинатологии.
4. Формирование групп беременных с риском возникновения перинатального патологии

**Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

К III-а УРОВНЮ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ РОДИЛЬНЫЕ ДОМА ТИПА:

1. Родильный дом при ЦРБ;
2. Областной (краевой, республиканский) перинатальный центр;
3. Межрайонный родильный дом.
4. Родильное отделение
5. Научно исследовательские институты акушерства-гинекологии и перинатологии.
   * + 1. В ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА НЕ ВХОДИТ:
6. флюорография
7. осмотр окулиста
8. осмотр лор-врача
9. осмотр стоматолога
10. осмотр терапевта
    * + 1. СОВМЕСТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ СПОСОБСТВУЕТ:
11. снижению частоты гнойно-септических заболеваний
12. формированию психоэмоциональной связи матери и ребенка
13. становлению лактации
14. ничему из вышеперечисленного
15. всему вышеперечисленному
    * + 1. ЗАПОЛНЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАЛАТЫ ПРИ СОВМЕСТНОМ ПРЕБЫВАНИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:
16. в течение суток
17. независимо от даты родов
18. в течение 3 суток
19. в течение 2 суток
20. все ответы неверны

В ОБЯЗАТЕЛЬНУЮ ОБРАБОТКУ РОЖЕНИЦ В ПРИЁМНОМ ПОКОЕ ВХОДИТ:

1. душ
2. очистительная клизма
3. бритьё наружных половых органов
4. обработка сосков бриллиантовым зелёным
5. обработка наружных половых органов антисептиками

ВЫПИСКУ РОДИЛЬНИЦЫ ДОМОЙ ПОСЛЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

1. На вторые сутки;
2. На шестые сутки;
3. На четвертые сутки;
4. На седьмые сутки;
5. На восьмые сутки.

ЧАСТОТА ПРОХОЖДЕНИЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРСОНАЛОМ РОДИЛЬНОГО ДОМА:

1. 2 раза в год;
2. 1 раз в год;
3. 1 раз в 2 года;
4. Необязательно;
5. 1 раз в 3 месяца.

ПЕРИОДИЧНОСТЬ СМЕНЫ ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ В ПОСЛЕРОДОВЫХ ПАЛАТАХ:

1. 1 раз в день;
2. 1 раз в 3 дня;
3. 1 раз в 5 дней;
4. 2 раза в день;
5. 1 раз в неделю.

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Острый пиелонефрит;

2. Хронический аднексит в стадии ремиссии;

3. Отсутствие обменной карты;

4. Лихорадка неясного генеза;

5. Кольпит.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. В гинекологическом стационаре;

2. В хирургическом стационаре;

3. В акушерском стационаре;

4. В женской консультации;

5. По выбору женщины.

**Занятие 2. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов. Биомеханизм родов при переднем 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 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)

**Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

1. 11 см
2. 13,5 см
3. 20-21 см
4. 12,5-13 см
5. 25-26 см

2. Расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей:

1. 24-25 см
2. 27-32 см
3. 30-32 см
4. 25-26 см
5. 23-24 см

3. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

1. 11 см
2. 20-21 см
3. 25-26 см
4. 30-32 см
5. 28-29 см

4. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

1. 30-31 см
2. 28-29 см
3. 20-21 см
4. 23-25 см
5. 26-27 см

5. Истинная коньюгата равна:

1. 9,5 см
2. 10,5 см
3. 11 см
4. 12 см
5. 13 см

6. Укажите нормальные размеры нормального большого таза:

1. 22-25-29-18-9
2. 25-28-31-20-11
3. 27-27-32-18-9
4. 23-25-28-17-8
5. 25-25-28-20-11

7. величину истинной коньюгаты можно определить:

1. из величины наружной коньюгаты (20-21) необходимо вычесть 9,0 см.
2. из величины диагональной коньюгаты (13 см) необходимо вычесть 1,5-2,0 см.
3. с помощью ультразвукового сканирования.
4. с помощью рентгенопельвиометрии.
5. всё вышеперечисленное верно

8. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой – это:

1. прямой размер
2. вертикальный размер
3. малый косой размер
4. средний косой размер
5. большой поперечный размер

9. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой – это:

1. малый косой размер
2. средний косой размер
3. большой косой размер
4. прямой размер
5. вертикальный размер

10. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода – это:

1. прямой размер
2. вертикальный размер
3. малый косой размер
4. средний косой размер
5. большой косой размер

11. Расстояние от переносья до затылочного бугра головки плода – это:

1. малый косой размер
2. средний косой размер
3. большой косой размер
4. вертикальный размер
5. прямой размер

12. Расстояние от середины большого родничка головки плода до подъязычной кости – это:

1. малый косой размер
2. средний косой размер
3. большой косой размер
4. вертикальный размер
5. прямой размер

13. МАЛЫЙ КОСОЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ ПЛОДА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

1. переносьем и затылочным бугром
2. затылочным бугром и подбородком
3. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
4. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой
5. серединой большого родничка и подъязычной костью

14. Малый поперечный размер головки плода – это расстояние между:

1. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой
2. наиболее отдаленными точками венечного шва
3. теменными буграми
4. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
5. переносьем и затылочным бугром

15. Большой косой размер головки плода – это расстояние между:

1. переносьем и затылочным бугром
2. подбородком и затылочным бугром
3. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой
4. теменными буграми
5. наиболее отдаленными точками венечного шва

16. Большой поперечный размер головки плода – это расстояние между:

1. границей волосистой части лба и затылочным бугром
2. наиболее отдаленными точками венечного шва
3. теменными буграми
4. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
5. переносьем и затылочным бугром

17. Вертикальный размер головки плода – это расстояние между:

1. переносьем и затылочным бугром
2. серединой большого родничка и подъязычной костью
3. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
4. теменными буграми
5. затылочным бугром и подбородком

18. Прямой размер головки плода – это расстояние между:

1. переносьем и затылочным бугром
2. затылочным бугром и подбородком
3. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
4. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой
5. серединой большого родничка и подъязычной костью

**Занятие 3. Диагностика беременности. Современные методы исследования внутриутробного состояния плода. Методы обследования беременных и рожениц (сбор анамнеза, наружное и внутреннее акушерское исследование). Акушерская терминология.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Основные методы обследования беременных и диагностика поздних сроков беременности.

2. Понятие о достоверных признаках беременности.

3. Основная акушерская терминология: положение плода, членорасположение плода, позиция, вид позиции, предлежание, предлежащая часть.

4. Определение предполагаемого срока родов по анамнестическим и объективным данным.

5. 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**

Акушеркой ФАП вызвана на прием 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.**

**Клиника родов. Современные принципы ведения и методы обезболивания родов.**

**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. Методы обезболивания родов

**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 5.**

**Первый туалет новорожденного. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Асфиксия новорожденного. Реанимация новорожденного**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Алгоритм проведения первого туалета новорожденного
2. Профилактика дыхательных расстройств плода
3. Асфиксия новорожденных
4. Принципы проведения реанимационных мероприятий новорожденному
5. Необходимость поддержки грудного вскармливания.
6. Основные транзиторные (пограничные) состояния новорожденных.
7. Профилактика септических заболеваний.

**Практические навыки:**

1. Умение проведения оценки по шкале Апгар

2. Умение осматривать новорожденных и оценивать их состояние

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 6. Беременность и роды при тазовом предлежании плода. Неправильные положения плода.** **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)

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Частота тазовых предлежаний составляет от 3 до 5 %. В настоящее время роды в тазовом предлежании относят к патологическим из-за большого риска осложнений у матери и плода.

1-й момент – опускание ягодиц. Ягодицы устанавливаются в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз и опускаются на тазовое дно (узкая часть ). Проводная точка – передняя ягодица.

2-й – момент – внутренний поворот ягодиц. Начинается в узкой части полости малого таза, заканчивается в выходе, где межвертельная линия устанавливается в прямом размере. Образуется точка фиксации – крыло подвздошной кости.

3-й момент – боковое сгибание туловища в поясничном отделе. Рождается задняя ягодица, затем весь тазовый конец.

4-й момент – внутренний поворот туловища и наружный поворот ягодиц. Плечики вступают во вход в малый таз в поперечном размере, поворот начинают в широкой части, заканчивают в выходе, где устанавливаются в прямом размере. Образуется точка фиксации – граница верхней и средней 1/3 переднего плечика. Поворот происходит в том же косом размере, что и ягодицы.

5-й момент – боковое сгибание туловища в шейно-грудном отделе.Рождается заднее плечико, потом оставшаяся часть переднего.

6-й момент – внутренний поворот головки. Головка вступает во вход в малый таз в проекции стреловидного шва в поперечном размере, в состоянии сгибания. Поворот начинается в широкой части, заканчивается в выходе таза. Образуется точка фиксации – подзатылочная ямка. Стреловидный шов поворачивается в противоположном косом размере по сравнению с ягодицами (межвертельным).

7-й момент – сгибание головки. Рождается вся головка малым косым размером.

**Занятие 7.**

**Принцип работы и роль женской консультации в перинатальной охране плода. Методы обследования здоровых беременных**

**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)

**Примерный перечень тестовых вопросов**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **а** |
| **2** | **1** |
| **3** | **3** |
| **4** | **5** |
| **5** | **5** |

**Занятие 8.**

**Пренатальная диагностика состояния плода**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие перинатологии.

2. Критические периоды в развитии плода.

3. Группы риска беременных по перинатальной смертности.

4. Показания для медико-генетического консультирования.

5. Кардиотокография: методика, показания, трактовка.

6. УЗС и его роль в 1-Ш триместрах беременности.

**Практические навыки**:

1. Умение оценивать КТГ плода до родов;
2. Умение оценить сердцебиение плода;
3. Умение перечислить показания для УЗС в III триместре беременности. Выслушивание сердцебиение плода стетоскопом;
4. Снятия КТГ плода;

**Решение клинических задач:**

Задача 1.

Первобеременная, 27 лет, поступила в клинику по поводу подтекания вод при беременности 42-43 недели. Родовой деятельности нет. Сердцебиение пло­да 150 ударов в 1 минуту, приглушено. При влагалищном исследовании: шейка укорочена до 1 см, канал проходим 1 пальцем. Плодного пузыря нет, воды под­текают с меконием. Предлежание головное.

Диагноз? План ведения?

Задача 2.

Повторнородящая 32 лет, обратилась в приемный покой в связи со сни- жением двигательной активности плода в течение недели и отсутствием шеве­лений в течение последних суток. Срок гестации — 35 недель. При объектив- ном обследовании: ВСДМ — 30 см, положение плода продольное, головноепредлежание. Сердцебиение выслушивается глухое, ЧСС — 120 ударов в 1 ми­нуту.

Диагноз? План обследования и лечебная тактика?

* **Тестовый компьютерный контроль (7 семестр);**

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

* **Оценка самостоятельной внеаудиторной работы;**

**- Решение ситуационных задач по изученным проблемам.**

**Примеры клинических задач:**

**Задача 1**

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**

Акушеркой ФАП вызвана на прием 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 9.**

**Заболевания почек и беременность.**

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

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

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

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

5. Лечение пиелонефрита, гломерулонефрита. Подбор препаратов.

6. 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 10**

**Беременность и роды при экстрагенитальной патологии (сердечно-сосудистые заболевания, анемия беременных): Возможные осложнения. Влияние на плод. Особенности ведения родов Оказание неотложной помощи при отеке легких.**

**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)

**Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Назовите сроки плановой госпитализации беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
2. до 12 нед. беременности
3. 22-24 нед. беременности
4. 26-30 нед. беременности
5. 32-34 нед. беременности
6. 37-38 нед. беременности
7. Назовите критические сроки гестационного процесса при заболеваниях сердечно-сосудистой системы?
8. до 12 недель беременности
9. 12-24 недели беременности
10. 26-30 недель беременности
11. 34-36 недель беременности
12. период родов
13. первая неделя послеродового периода

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Первобеременная 20 лет встала на учет по поводу беременности в 10 недель. Родилась от 2 сроч-ных родов весом 4500 грамм. С 6 лет страдает сахарным диабетом, проводиться коррекция инсу-лином суточная доза инсулина 60 Ед. Дважды лечение в реанимационном отделении по поводу гипогликемических состояний. В течение последнего года отмечает прогрессирующее ухудшение зрения.

Диагноз, тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:** 1 беременность, 10 недель. Сахарный диабет, 1 тип, инсулинпотребный, тяжелое течение. Госпитализация в эндокринологическое отделение для обследования и решения вопроса о пролон-гировании беременности.

**Задача №2.**

Повторнородящая беременная поступила в отделение патологии беременности в срок беременности 34 недели с жалобами на слабость, жажду, полиурию. Дважды в течение беременности лечение по поводу фурункулеза. Объективные данные. Рост 162 см, вес 90 кг. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 138 в минуту. Кожные покровы сухие, на ягодицах гнойничковая сыпь. Язык сухой, обложен белым налетом. Запах ацетона изо рта. В анамнезе одни срочные роды плодом весом 4400 грамм. В первых родах потужной период осложнился дистоцией плечиков применялось ручное пособие по выведению плечиков. У новорожденного выявлен перелом ключицы, парез ручки проводилось лечение у невролога.

Диагноз, акушерская тактика, ошибки в ведении беременной на этапе женской консультации.

**Эталон ответа:** Диагноз: 2 беременность 34 недели. Отягощенный акушерский анамнез. Гестационный сахарный диабет. Ожирение 2 степени. Пиодермия. Крупный плод. Ошибки ведения беременной на этапе женской консультации: учитывая отягощенный акушерский анамнез – в 1 родах рождение плода массой 4400 гр. С переломом ключицы и парезом ручки вследствие осложненного течения потужного периода – дистоции плечиков, наличие у беременной ожирения 2 сте-пени, а также развитие дважды за беременность фурункулеза – в условиях женской консультации при взятии на учет беременная должна бы-ла быть отнесена к группе высокого риска по развитию нарушений углеводного обмена. В связи с этим, беременная должна была быть обследована в условиях женской консультации согласно приказу № 572 о динамическом наблюдении беременных. В соответствии с результатами обследования необходимо выбрать тактику ведения беременности, в том числе решить вопрос о возможности ее донашивания до 12 недель. При пролонгировании беременности обеспечить динамическое наблюдение беременной: осмотр акушера гинеколога, эндокринолога, контроль уровня сахара крови, а также назначение диетотерапии, а при необходимости инсулинотерапии.

**Задача № 3**

При обращении беременной в женскую консультацию при определении глюкозы венозной плаз-мы натощак ее уровень составил 5,6 ммоль/л.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Гестационный СД. Направить беременную на консультация к эндокринологу. Реко-мендовать диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничение жи-ров, дозированные аэробные физические нагрузки, самоконтроль гликемии, кетонурии или ке-тонемии, артериального давления, шевелений плода, массы тела, ведение дневника само-контроля и пищевого дневника.

**Занятие 11**

**Эндокринопатия и беременность. Гестационный сахарный диабет. Гипотиреоз. Особенности диспансеризации беременных, противопоказания к сохранению беременности. Возможные осложнения. Влияние на плод. Особенности ведения родов Особенности диспансеризации беременных, противопоказания к сохранению беременности. . Приказ № 736.**

**Занятие 4.**

**Кровотечения во время беременности: причины, патогенез, влияние на плод, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения, оказание неотложной помощи.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация предлежаний плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной 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.

8. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

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

10. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

11. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

12. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

13. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

14. Инфузионно-трансфузионная терапия.

15. 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 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.

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

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

9. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

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

11. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

12. 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 12**

**Преэклампсия: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принцип лечения. Влияние на плод. Оказание неотложной помощи (тяжёлая преэклампсия, эклампсия).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

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

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

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

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

5. Лечение артериальной гипертензии, рефрактерная гипертония.

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

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

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

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

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

11. Лечение пиелонефрита, гломерулонефрита. Подбор препаратов.

12. 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)

**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

**Ситуационные задачи с эталонами ответов.**

**Задача №1.**

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 нед. В анамнезе преждевременные роды в 34 нед. Во время беременности и в родах было вы-сокое А/Д. При данной беременности с 21—23 нед. появились отеки ног, белок в моче, повыше-ние А/Д. Лечилась амбулаторно. Перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки ног. Пульс 86 в мин. А/Д 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29/30 недель беремен-ности. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение приглушено, 130 в минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л, сахар отрицательный, микроскопия: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки по-чечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2600, эр — 25100, гиалиновые цилин-дры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания относительной плотности мочи от 1007—1012

Диагноз, дальнейшая тактика врача .

**Эталон ответа:** Диагноз 3 беременность 33 недели. ОАА. Сочетанный длительно-текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита. ХФПН. Хроническая внутриутробная гипо-ксия плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода. Тактика Длительно текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита с проявлениями ФПН является показанием для досрочного родоразрешения . Методом родоразрешения целесообразно выбрать операцию кесарева сечения учитывая наличие клинических проявлений ХФПН. В течение 1-2 дней провести дообследование ( ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, КЩС, ионограмма, УЗИ почек, проба РЕБЕРГА, ЭКГ, ЭХО-КГ, консультации терапевта, окулиста, нефролога), назначить гипотензивную терапию, сульфат магния в суточной дозировке 15-18грамм, дезагреганты, профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода

**Задача №2.**

Беременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая на 24-25 неделе. Больна 3 дня, не лечилась. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и видимые сли-зистые оболочки бледные, температура тела 38,6 С, пульс - 100 уд/мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастер-нацкого справа резко положительный. Сердцебиение плода 146 уд/мин., ритмичное, приглу-шено. При пальпации матка в повышенном тонусе. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения - бели молочного цвета.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Диагноз 1 беременность 24-25 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Почечная колика справа. Угроза очень ранних преждевременных родов. Риск внутриутробного инфи-цирования плода.

Тактика. Ввести спазмоанальгетики – баралгин 5,0, или спазмолитики но-шпа 2,0 мл внутри-мышечно. Назначить антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, десенсиби-лизирующую терапию . Лечение угрозы прерывания беременности. Строгий контроль за температурой тела, пульсом, артериальным давлением, диурезом. При поступлении обсле-дование ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, проба Нечипоренко, посев мочи на идентификацию возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

При сохраняющейся острой боли, снижении диуреза - немедленно пригласить уролога, показаны:CITO! УЗИ почек, хромоцистоскопия с последующей катетеризацией правого мочеточника.

**Занятие 13.**

**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.

**Занятие 14.**

**Разгибательные вставления головки плода. Влияние на плод и новорожденного. Оказание неотложной помощи.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

**1.Причины разгибательных вставлениях головки.**

**2. Опишите степени разгибательных вставлений головки.**

**3. Как диагностировать переднеголовное вставление головки?**

**4. Как поставить диагноз лобного вставления головки?**

**5. Как определить лицевое вставление головки?**

**6. С каким предлежанием дифференцируют переднеголовное вставление и каким образом?**

**7. Биомеханизм родов при переднеголовном вставлении головки.**

**8. Биомеханизм родов при лобном вставлении головки.**

**9. Биомеханизм родов при лицевом вставлении?**

**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)

**Занятие 15.**

**Родовой травматизм матери. Влияние на плод и новорожденного. Оказание неотложной помощи.**

**Аномалии родовой деятельности. Асфиксия новорожденного, меры реанимации.**

**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

6. Виды аномалий родовой деятельности.

7. Асфиксия новорожденного, меры реанимации.

**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)

**Занятие 16.**

**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)

**Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

У повторнородящей(в анамнезе: беременности две, родов двое, абортов 0) установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите причины тазового предлежания плода.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные.
4. Окажите неотложную помощь.
5. Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода.

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены.

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Назовите причины тазового предлежания плода.

- сужение таза, аномальная форма таза

- пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой)

- чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)

- многоводие или маловодие

- многоплодная беременность

- новообразование внутренних половых органов (миоматозные узы, опухоли придатков)

- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)

- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)

- короткая пуповина

- синдром задержки роста плода

2 балла Причины указаны верно

1 балл Причины указаны не полностью

0 баллов Причины указаны неверно

Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные

Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

- урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.

- при влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Предлежание пуповины – ситуация, когда петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре, а выпадение пуповины — при отсутствии плодного пузыря.

Причинами, вызвавшими выпадение петель пуповины послужили:

- неправильное положение плода/отсутствие достаточной фиксации тазового конца плода в плоскости входа в малый таз

-ранняя амниотомия

При влагалищном исследовании в случае предлежания пуповины при целом плодном пузыре предлежащую петлю пуповины можно прощупать в виде извитого гладкого, скользкого канатика, толщиной приблизительно с мизинец, дающего ощущение пульсации.

При излившихся водах распознать выпавшую петлю ещё легче – она располагается во влагалище или вне его.

2 балла Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины названы полностью верно

1 балл Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины названы не полностью

0 баллов Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины не названы

Окажите неотложную помощь.

При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения

Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.

Тщательно следить за ЧСС плода: провести кардиотокографию (КТГ) плода, если это возможно, и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.

2 балла Неотложная помощь оказана верно

1 балл Неотложная помощь оказана не полностью

0 баллов Неотложная помощь оказана неверно

Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.

При тазовом предлежании плода: В родах избегать ранних амниотомий. При выполнении амниотомии на фоне многоводия соблюдать ряд правил: вскрывать эксцентрично, вне схваток, перфорационное отверстие не расширять до излития достаточного количества вод, женщина должна лежать до тех пор, пока головка не прижмется плотно к входу в малый таз.

При тазовом предлежании пациентке следует рекомендовать до излития околоплодных вод в первом периоде родов пребывание в положении преимущественно лёжа на боку.

2 балла Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены верно

1 балл Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены не полностью

0 баллов Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены неверно

**Занятие 17.**

**Кровотечение в III и раннем послеродовом периодах: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика. Оказание неотложной помощи.**

**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 18.**

**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 19.**

**Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Синдром задержки развития плода: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принцип лечения. Защита истории родов. Решение задач. Итоговое тестирование (7, 8 семестры).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Хроническая фето-плацентарная недостаточность.

2. Гипоксия плода.

3. Синдром задержки развития плода: классификация, патогенез,

4. Синдром задержки развития плода: клиника, диагностика, принцип лечения.

**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)

**Ситуационные задачи с эталонами ответов.**

**Задача №1.**

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 нед. В анамнезе преждевременные роды в 34 нед. Во время беременности и в родах было вы-сокое А/Д. При данной беременности с 21—23 нед. появились отеки ног, белок в моче, повыше-ние А/Д. Лечилась амбулаторно. Перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки ног. Пульс 86 в мин. А/Д 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29/30 недель беремен-ности. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение приглушено, 130 в минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л, сахар отрицательный, микроскопия: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки по-чечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2600, эр — 25100, гиалиновые цилин-дры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания относительной плотности мочи от 1007—1012

Диагноз, дальнейшая тактика врача .

**Эталон ответа:** Диагноз 3 беременность 33 недели. ОАА. Сочетанный длительно-текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита. ХФПН. Хроническая внутриутробная гипо-ксия плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода. Тактика Тяжелая преэклампсия на фоне хронического гломерулонефрита с проявлениями ФПН является показанием для досрочного родоразрешения . Методом родоразрешения целесообразно выбрать операцию кесарева сечения учитывая наличие клинических проявлений ХФПН. В течение 1-2 дней провести дообследование ( ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, КЩС, ионограмма, УЗИ почек, проба РЕБЕРГА, ЭКГ, ЭХО-КГ, консультации терапевта, окулиста, нефролога), назначить гипотензивную терапию, сульфат магния в суточной дозировке 15-18грамм, дезагреганты, профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода

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

**8 семестр**

**Занятие 1.**

**Организация гинекологической помощи. Методы обследования гинекологических больных. Особенности обследования детей и подростков.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Организация гинекологической помощи.
2. Методы обследования гинекологических больных.
3. Особенности обследования детей и подростков.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Гистероскопии,

б. Кольпоскопии.

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **а** |
| **2** | **1** |
| **3** | **3** |
| **4** | **5** |
| **5** | **5** |

**Занятие 2.**

**Анатомо-физиологические особенности половых органов у девочек. Регуляция менструального цикла.**

**Нарушение полового развития: преждевременное и запоздалое половое созревание (этиология, объём обследования, принцип гормонотерапии).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.  Физиология формирования пола.

2.  Возможные механизмы нарушения полового созревания.

3.  Преждевременное половое развитие, причины, клинические формы, диагностика, терапия.

4.  Неполные формы полового развития, клинические проявления, врачебная тактика.

5.  Задержка полового развития, причины, механизмы.

6.  Диагностические критерии, функциональные пробы для дифференциальной диагностики задержки полового развития.

7.  Современные принципы лечения разных форм гипогонадизма.

8.  Клинические формы нарушения пола, связанные с нарушением половой дифференцировки, диагностика, пути коррекции.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь выбрать тактику ведения больной.

**Форма текущего контроля:**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

*Указать один правильный ответ:*

1. **При проведении пробы с хорионическим гонадодотропином в случае первичного гипогонадизма уровень тестостерона в крови**

а) повышается

б) понижается

в) остается без изменении

2. Для первичных форм гипогонадизма характерно

а) высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов

б) низкий уровень половых гормонов и низкий уровень гонадотропных гормонов

в) низкий уровень гонадотропинов и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином

3. О недостаточности функции половых желез свидетельствует отставание появления вторичных половых признаков у мальчиков старше

а) 11 лет

б) 13,5 лет

в) 15 лет

4. Спонтанный пубертат возможен при:

а) изолированном дефиците гормона роста

б) пангипопитуитаризме

в) синдроме Клайнтфелтера

г) синдроме Шерешевского-Тернера

5. При преждевременном половом созревании костный возраст

а) соответствует паспортному возрасту

б) опережает паспортный возраст

в) отстает от паспортного возраста

6. Девочка 15 лет маленького роста с половым недоразвитием, крыловидной складкой на шее и коарктацией аорты. О каком диагнозе следует думать:

а)синдром Марфана

б) синдром Дауна

в) синдром Шерешевского-Тернера

г) синдром Нунан

7. Для лечения истинного преждевременного созревания используют:

а) хориогонин

б) диферелин

в) эстрадиол

г) гидрокортизон

д) тироксин

8. При проведении пробы с хорионическим гонадодотропином в случае вторичного гипогонадизма уровень тестостерона в крови

а) повышается

б) понижается

в) остается без изменении

Укажите все правильные ответы:

9. Для диагностики дефицита половых гормонов используют определение уровня:

а) тестостерона

б) тироксина

в) ЛГ, ФСГ

г) пролактина

д) эстрадиола

10. Девочка 14 л. - жалобы на отсутствие менструации. Объективно: рост и вес соответствуют группе ниже пятой перцентили. Молочные железы не развиты. Других данных о патологии и отклонений в физическом развитии не установлено. Причиной описанной симптоматики могут быть:

а) синдром Шерешевского-Тернера

б) гипотиреоз

в) конституциональная задержка роста

г) нервно-психическая анорексия

д) синдром Нунан

11. Причиной гипергонадотропного гипогонадизма могут быть

а) ветряная оспа

б) эпидермический паротит

в) краснуха

г) корь

д) грипп

е) туберкулез

ж) скарлатина

12. Для конституциональной задержки пубертата характерны

а) низкий уровень тестостерона в крови

б) отсутствие ответа на пробу с хорионическим гонадотропином

в) повышение продукции ЛГ (лютеинизирующего гормона) и ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) во время сна

г) отрицательная проба со стимуляцией кломифеном секреции ЛГ и ФСГ

д) положительная проба со стимуляцией кломифеном секреции ЛГ и ФСГ

13. Для истинного преждевременного полового созревания характерны

а) ускорение костного возраста

б) резкое повышение уровней ЛГ (лютеинизирующего гормона) и ФСГ (фолликулостимулирующего гормона) в крови

в) пубертатные значения уровней ЛГ и ФСГ в крови

г) гиперплазия одного или двух надпочечников

д) повышение уровня 17-оксипрогестерона в крови

е) изменение набора половых хромосом по типу 46 ХХ/ХО

**Занятие 3.**

**Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, особенности течения и лечения у детей. Вульвовагинит у девочек.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Воспалительные неспецифические заболевания нижних отделов половых путей
2. Клинические формы острого бартолинита, их диагностика и лечение; .
3. Клинические проявления острого кольпита (цервицита) в зависимости от этиологии.
4. Диагностика, этапы лечения, критерии излеченности.
5. Понятие вульвовагинита у девочек

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь выбрать тактику ведения больной.

**Форма текущего контроля:**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

КАКИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. синегнойная палочка;

+2. условнопатогенная микрофлора

3. анаэробы

4. грамотрицательная флора;

5. бактероиды.

**Занятие 4.**

**Специфические воспалительные заболевания женских гениталий (гонорея, туберкулёз, ЗППП). Особенности течения, диагностика, лечение у детей. Принцип динамического наблюдения гинекологических больных Лечение хронических заболеваний в условиях женской консультации.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов по ВОЗ (МКБ-10), частота, этиология, патогенез.

2. Клиническая картина в зависимости от анамнеза, локализации и стадии воспалительного процесса.

3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний ЖПО.

4. Выбор метода лечения воспалительных заболеваний ЖПО (консервативное или хирургическое. Лапароскопическим или лапаротомным доступом).

5. Профилактика рецидива воспалительных процессов гениталий и возможной эктопической беременности при спаечном процессе в малом тазу после перенесенного воспалительного процесса придатков матки или пельвиоперитонита.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь выбрать тактику ведения больной.

**Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 5.**

**Нарушение менструальной функции: классификация, причины. Методы обследования больных, диагностика. Аменорея и гипоменструальный синдром.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие нарушений менструальной функции. Классификация

2. Причины, клиника и диагностика

3. Принципы терапии пациенток с нарушениями менструального цикла

4. Понятие бесплодия, причины.

5. Принципы обследования и лечения бесплодия

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной

температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа - в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Лапароскопии,

б. Гистероскопии,

в. Кольпоскопии.

4. Уметь поставить предположительный диагноз воспалительного заболевания органов

малого таза.

5. Уметь определить тактику ведения больных с различной нозологией и степенью распространенности воспалительных заболеваний.

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)

**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\*3,3 см, левый – 4,8\*3,1 см, строма гиперэхогенная, под капсулой визуализируются кистозные фолликулы диаметром 6-8 мм.

2. Предполагаемый диагноз?

3. Лечение?

**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

**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,

**Занятие 6.**

**Аномальные маточные кровотечения: этиология, патогенез, диагностика.**

**Ювенильные маточные кровотечения: патогенез, оказание неотложной помощи.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация нарушений менструальной функции по ВОЗ (МКБ-10) и дисфункциональных маточных кровотечений, частота, этиология, патогенез, лечение.

2. Методы диагностики и дифференциальной диагностики дисфункциональных маточных кровотечений

3. Гормональный гемостаз (показания, схемы)

4. Профилактика рецидива нарушений менструальной функции.

5. Ювенильные маточные кровотечения: патогенез, оказание неотложной помощи.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Гистероскопии,

б. Кольпоскопии.

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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** |

**Решение ситуационных задач:**

**Задача.** 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.

**Занятие 7.**

**Миома матки**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

Частота, этиология, патогенез и классификация миомы матки

6. Клиническая картина в зависимости от локализации, распространенности и выраженности симптомов заболевания

7. Методы диагностики и дифференциальной диагностики миомы матки.

8. Выбор метода лечения и оперативного доступа.

9. Методы профилактики и реабилитации после проведенного лечения.

10. Частота, этиология, патогенез и классификация миомы по ВОЗ (МКБ-10)

11. Клиническая картина в зависимости от локализации, величины опухоли и возраста больной.

12. Методы диагностики и дифференциальной диагностики миомы.

13. Выбор метода лечения и оперативного доступа.

14. Методы профилактики и реабилитации после проведенного лечения

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Гистероскопии,

б. Кольпоскопии.

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 8.**

**Опухоли и опухолевидные образования яичников: этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечение, особенности у детей.**

**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.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Гистероскопии,

б. Кольпоскопии.

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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** |

**Занятие 9.**

**Современные методы контрацепции.**

**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

**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** |

**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?

**Подведение итогов:**

**- Компьютерный тестовый контроль (7, 8, 9 семестры)**

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

**- Зачет самостоятельной внеаудиторной работы**

**- Решение ситуационных задач**

**Занятие 10**

**Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность: этиология, патогенез, классификация, современные методы диагностики и лечения. Апоплексия яичника.**

**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.

**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** |

**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?

**Занятие 11**

**Травмы половых органов у девочек: причины, клиника, методы диагностики, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.**

**Эндометриоз. Этиопатогенез. Диагностика, Лечение.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Виды травм половых органов у девочек.

2. Система опроса (анамнез) и осмотра.

3. Методы диагностики травм

4. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

5. Частота, этиология, патогенез и классификация эндометриоза гениталий

6. Клиническая картина в зависимости от локализации, распространенности и выраженности симптомов заболевания

7. Методы диагностики и дифференциальной диагностики эндометриоза.

8. Выбор метода лечения .

9. Методы профилактики и реабилитации после проведенного лечения.

**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 оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

**Решение ситуационных задач:**

**Задача№1.**

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

**Занятие12**

**Фоновые заболевания, предрак и рак шейки матки.**

**Гиперпластические процессы эндометрия. Предрак и рак эндометрия.**

**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.

**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** |

**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.**

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.

**Занятие 13**

**Неправильные положения женских половых органов.**

**Аномалии развития половых органов.**

**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.

**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** |

**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?

**Защита истории болезни.**

**Занятие 14**

**Итоговое занятие по гинекологии: аттестация практических навыков по гинекологии, тестирование (7, 8).**

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

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 |

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 и гинекологии для студентов 4 курса педиатрического факультета 2021/2022учебного года**

1. Структура и организация работы родильного отделения. Показания для госпитализации в обсервационное отделение. СанПиН 2.1.3.2630-21 "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 2.1.3.2630-21«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

**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.