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**

**«Симуляционный курс по акушерству и гинекологии»**

по специальности

*31.08.01 Акушерство и гинекология*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре *31.08.01 Акушерство и гинекология*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 года

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 зачёта.

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:**

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках дисциплины (КСР)**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости –** *письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков и умений.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Модуль 1**. **Симуляционный курс в акушерстве**

**Тема 1. «Цель и задачи симуляционного курса в акушерстве и гинекологии. Диагностика беременности. Наружное и внутреннее акушерское исследование. Техника обработки рук. Отработка на симуляторах диагностики беременности»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

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

1) членорасположение,

2) вид,

3) предлежание,

4) позиция,

5) вставление.

2. Выбрать все правильные ответы.

К общим методам обследования беременных относятся:

1) перкуссия

2) влагалищное исследование

3) УЗИ

4) опрос

5) осмотр

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

5.Соотношение длины шейки матки к длине тела матки в репродуктивном возрасте по данным ультразвукового исследования:

1) l:2

2) 1:1

3) 1:3

4) 1:4

**Решение ситуационных задач**

**Задача 1.** Беременная Д., 37 лет, воспитатель детского сада, срок беременности 19-20 нед., при очередном посещении женской консультации пожаловалась на периодические боли схваткообразного характера внизу живота. Из анамнеза: Беременность пятая (2 мед аборта в малом сроке без осложнений, 2 преждевременных родов в сроке 28 и 35 недель). Во время четвертой беременности была проведена операция по наложению шва на шейку матки. Соматически здорова. Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела = 36,6°С. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких: дыхание везикулярное, чистое. Пульс = 74 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Выделений из половых путей нет. Акушерский статус: Живот увеличен за счет беременной матки. Высота стояния дна матки 20 см, окружность живота 89 см. Матка при пальпации мягкая, положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ритмичное, ясное, до 140 уд. в 1 мин. Влагалищное исследование (в условиях стационара): Per speculum: слизистые влагалища и шейки матки чистые, цианотичные, выделения молочные. Per vaginum: шейка матки сформирована, длина 2,5 см, мягкая, наружный зев пропускает исследуемый палец. Плодный пузырь цел. Результаты лабораторно-инструментального обследования: 32 ОАК: Эритроциты = 4,2 х 1012/л, Нb = 120 г/л. Лейкоциты = 8,1 х 109 /л. СОЭ = 12 мм/час. ОАМ: цвет - сол-желт., уд. плотность = 1025; реакция - слабо кислая, белок – отриц. Лейкоциты 0, эритроциты = 0. УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации, плацента на 10 см выше внутреннего зева, определяется на передней стенке матки. Тонус миометрия не повышен. Длина цервикального канала 2 см, расширен на всѐм протяжении. Биохимическое исследование крови: сахар = 5,6 ммоль/л, общий белок = 55,7 г/л, общий билирубин = 20,4 мкмоль/л. Микроскопическое исследование отделяемого из влагалища: Плоский эпителий – 3-4 в поле зрения, лейкоциты = 5-10 в п/зр., флора – палочки. Гонококки и трихомонады – отр. 1.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза.
3. Сформулируйте этапы оказания помощи, маршрутизацию пациентки, методы консервативного и инвазивного лечения.
4. Составьте прогноз исхода заболевания
5. Сформулируйте меры профилактики развития осложнений

**Тема 2 «Физиологические роды. Передний и задний вид затылочного вставления головки плода. Отработка навыков ведения физиологических родов при головном предлежании плода»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Предвестники родов, оценка степени зрелости шейки матки.

2. Современные представления о причинах наступления родов.

3. Изменения матки во время родов, понятие о координированной родовой деятельности

4. Понятие о биомеханизме родов, механизм родов при переднем, заднем  виде затылочного вставления.

5. Клиническое течение  родов в периоде раскрытия шейки матки, фазы раскрытия шейки матки.

6. Клиническое течение родов в период изгнания.

7. Определение состояния новорожденного по шкале Апгар

8. Первый туалет новорожденного.

9. Клиническое течение родов в последовый период, механизмы отделения плаценты.

10. Профилактика кровотечения

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

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 ситуационных задач**

**Задача №1**

Пациентка 32 лет, соматически здоровая. Роды при доношенной беременности, продолжавшиеся 17,5 час. закончились рождением мертвого мацерированного плода. На вторые сутки после родов t — 37,8., в последующие 5 дней — в пределах нормы, далее субфебрильная. PS — 110-120 удар/мин. На 8 сутки послеродового периода выставлен диагноз: субинволюция матки. При влагалищном исследовании: справа у стенки таза — небольшой плоский, плотный инфильтрат, умеренно болезненный. Назначены сокращающие матку средства, антибиотики.

На 2 сутки после начала лечения (на 10 сутки после родов) после подъема с постели: тахикардия — 120 удар/мин, одышка, боли в груди, цианоз лица.

Диагноз. Тактика ведения.

**Эталон ответа:** Послеродовой эндометрит. Тромбофлебит глубоких вен таза. Тромбоэмболия легочной артерии.

Тромбоз вен яичникового сплетения. Эмболия легочной артерии.

**Тема 3. «Наложение вакуум – экстрактора (КIWI) в потужном периоде при слабости потуг. Отработка навыков использования вакуум-стимулятора (КIWI) в потужном периоде родов, при операции кесарево сечение»**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1)Наиболее часто в акушерской практике применяется:

1. корпоральное кесарево сечение

2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки

3. влагалищное кесарево сечение

4. экстраперитонеальное кесарево сечение

5. малое кесарево сечение

2) Не является показанием к операции кесарева сечения:

1. полное предлежание плаценты

2. тазовое предлежание плода

3. сужение таза третьей-четвертой степени

4. внутриутробная гипоксия плода

5. угрожающий разрыв матки

3) Кесарево сечение :

1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода

2. в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов

3. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 3O лет

4. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения

5. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

4) Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

1. безводный период более 12 часов

2. мертвый плод

3. хронический пиелонефрит

4. уродства плода

5. все ответы верны

5) Показанием к операции декапитации является

1. запущенное поперечное положение плода

2. угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода

3. интранатальная гибель плода в тазовом предлежании

4. гидроцефалия плода

5. антенатальная гибель плода в головном предлежании

6) Акушерская ситуация: - Второй период родов. - Головка плода в полости малого таза. - Потуги редкие, короткие, непродуктивные. - Сердцебиение плода ритмичное, 98 ударов в минуту. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

1. кесарева сечения

2. перинеотомии

3. вакуум-экстракции

4. акушерских щипцов

5. краниотомии

7) Противопоказаниями к операции кесарева сечения являются:

1. внутриутробная смерть плода

2. клинически выраженная инфекция

3. грубые пороки развития плода, несовместимые с жизнью

4. глубокая недоношенность плода

5. все вышеперечисленное

8) К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОКС ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ:

1. ранения предлежащей части

2. эндометриоза рубца

3. перитонита

4. несостоятельности шва на матке

5. параметрита

9) Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются все кроме:

1. гигантского плода;

2. тазового предлежания плода массой 3300-3500 граммов;

3. поперечного положения плода;

4. острой гипоксии плода

5. СЗРП 3 степени.

10) Средняя кровопотеря при неосложненой окс составляет:

1. 500 – 600 мл;

2. 600 – 900 мл;

3. 1000 – 1200 мл

4. 1200-1500 мл

5. все ответы неверные

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1**

Первобеременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после излития околоплодных вод, которое произошло дома. Срок беременности 37 нед. Жалобы на схватки потужного характера, по 50 сек через 1 – 2 минуты. При осмотре: состояние тяжелое, АД 165/100 мм рт.ст., пульс 100 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные, выраженные отеки ног. Сердцебиение плода прослушивается, глухое. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка на 4 тазовой плоскости.

1. Какие лечебные мероприятия необходимо провести при поступлении?

2. Какова тактика ведения беременной?

**Тема 4. «Легочно-сердечная реанимация. Отработка навыков легочно-сердечной реанимации»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач,проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Стадии СЛР по П.Сафару
4. Реанимационный алфавит
5. Комплекс «АВС»
6. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
7. Критерии прекращения реанимации
8. Особенности реанимации беременной

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН):

a) 1 – 2

б) 4 – 5

в) 10 – 12

г) 12 – 15

2. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШЕГО БЕЗ СОЗНАНИЯ (УКАЗАНИЙ НА ТРАВМУ НЕТ):

a) Уложить пострадавшего на спину и запрокинуть голову

б) Уложить пострадавшего на спину и надеть ему шейный воротник

в) Уложить пострадавшего на живот

г) Придать устойчивое боковое положение

3. ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ РУК СПАСАТЕЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:

a) Верхняя половина грудины

б) Нижняя треть грудины

в) Мечевидный отросток

г) Эпигастральная область

4. СООТНОШЕНИЕ ВДУВАНИЙ ВОЗДУХА И МАССАЖНЫХ ТОЛЧКОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ВЗРОСЛОМУ ПОСТРАДАВШЕМУ:

a) 1:5

б) 1:15

в) 2:5

г) 2:30

5. ПРИЧИНОЙ ОТКАЗА ОТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

a) Констатация биологической смерти

б) У лиц с переломом шейного отдела позвоночника

в) У больных старше 70 лет

г) У лиц, ведущих асоциальный образ жизни

6. В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСА «АВС», РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ ЧЕРЕЗ:

a) 10 мин

б) 4 – 6 мин

в) 30 мин

г) 1 час

7. ПРИ КАКОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО:

a) при переломе таза

б) при повреждении шейного отдела позвоночника

в) при алкогольном опьянении

г) при инфаркте миокарда

8. ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ СМЕРТИ ТРУП ПЕРЕВОЗИТСЯ В МОРГ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ

a) через 5 ч

б) через 10-15 мин

в) через 2 ч

г) через 1 сутки

9. РЕАНИМАЦИЮ ОБЯЗАНЫ ПРОВОДИТЬ:

a) только врачи и медсестры реанимационных отделений

б) все специалисты, имеющие медицинское образование

в) все взрослое население

10. КАКОВА ЦЕЛЬ ЗАПРОКИДЫВАНИЯ ГОЛОВЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ:

a) обеспечить проходимость дыхательных путей

б) для удобства осуществления реанимации

в) чтобы не повредить шейный отдел позвоночника

г) чтобы создать плотный контакт рта реаниматора и рта или носа пострадавшего

**РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Задача 1.**

Вы оказались свидетелем ДТП, в результате которого была сбита беременная женщина. Она лежит на проезжей части, не двигаясь. Ваши действия.

**Задача 2.**Во время еды женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Оцените состояние. Окажите помощь.

**Задача 3.**При проведении искусственной вентиляции легких методом рот в рот спасатель обратил внимание что отсутствуют движения грудной клетки.

Опишите возможные причины этого.

**Тема 5. «Оказание пособия при дистоции плечиков плода. Ведение осложненных родов дистоцией плечиков плода»**

**Форма текущего контроля:**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Сахарный диабет – заболевание, для которого характерно:

1. Дефицит инсулина

2. Нарушение утилизации глюкозы, увеличение глюконеогенеза, гипергликемия

3. Нарушение всех видов обмена

4. Сосудистые изменения, полиорганная недостаточность

5. Все вышеперечисленное

2. Физиологическая беременность характеризуется следующими изменениями:

1. Снижением чувствительности к инсулину

2. Усиленным распадом инсулина

3. Понижением толерантности к глюкозе

4. Увеличением содержания свободных жирных кислот

5 все ответы верны

3. Контринсулярным действием обладают все гормоны фетоплацентарного комплекса, кроме:

1. Плацентарноголактогена

2. Эстрогенов

3. Хорионического гонадотропина

4. Прогестерона

5. Кортикостероидов

4. В группу риска сахарного диабета входят лица, которые имеют

1. Отягощённый семейный анамнез

2.ожирение

3. Перинатальные потери в анамнезе

4. Детей с врождёнными порокам развития и массой более 4000 гр.

5. Все ответы верны

5. В третьем триместре у беременных с сахарным диабетом могут наблюдаться следующие изменения:

1. Снижение потребности в инсулине

2. Повышение уровня инсулина за счет плодового

3. Повышение потребности в инсулине

4. Повышение концентрации контринсулярных гормонов

5. Все вышеперечисленные

6.к типичным осложнениям беременности при сахарном диабете относятся:

1. Невынашивание и недонашивание беременности

2. Многоводие

3. Инфекция мочеполовых путей

4. Преэклампсия

5 все вышеперечисленные

7.наиболее частым осложнением родов при сахарном диабете является:

1. Выпадение петель пуповины

2. Слабость родовой деятельности

3. Хориоамнионит

4. Преждевременная отслойка плаценты

5. Интранатальная гибель плода

8. К типичным осложнениям родов при сахарном диабете относятся:

1. Раннее излитие вод

2. Слабость родовой деятельности

3. Родовой травматизм матери и плода

4. Клинически узкий таз

5 все вышеперечисленные

9.к типичным осложнениям послеродового периода при сахарном диабете относятся:

1. Дистоция плечиков

2.ретинопатии

3. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания

4. Клинически узкий таз

5. Асфиксия новорожденных

10. Противопоказаниями к сохранению беременности при сахарном диабете являются все, кроме:

1. Диабета у обоих родителей
2. Инсулинорезистентности
3. Макросомии при предыдущей беременности
4. Тяжелой формы сахарного диабета с прогрессирующими сосудистыми осложнениями
5. Сочетания с туберкулезом

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

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.

**Тема 6.** **«Ведение родов при тазовом предлежании плода. Ручные пособия в родах при тазовом предлежании плода. Отработка ручных пособий в родах при тазовом предлежании плода»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Диагностика тазового предлежания плода приемами наружного акушерского исследования.

2. Данные влагалищного исследования при тазовом предлежании плода.

3. Наружный акушерский поворот. Показания к плановой операции кесарева   сечения   при   тазовом предлежании плода.

4. Особенности течения первого периода родов при тазовом предлежании плода. Тактика ведения.

5.Особенности течения второго периода родов при тазовом предлежании  плода. Тактика  ведения.

6. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.

7. Цель оказания и техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода.

8. Цель оказания и техника пособия по Цовьянову при ножном предлежании плода.

9. Цель оказания и техника классического ручного пособия при тазовом предлежании плода.

10. Осложнения в родах для матери и плода при тазовом предлежании.

**Форма текущего контроля:**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Диагностика поперечного положения плода основана на:

1. Данных осмотра формы живота

2. Несоответствии высоты стояния дна матки сроку беременности

3. Результате наружных приемов леопольда – левицкого

4. Данных влагалищного исследования и узи

5. На всех перечисленных данных

2. Наиболее частое осложнение беременности при поперечном положении плода:

1. Преждевременные роды

2. Внутриутробная гипоксия плода

3. Преждевременное отхождение вод

4. Многоводие или маловодие

5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

3. При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:

1. Ведение родов через естественные родовые пути

2. Плановое кесарево сечение

3. Кесарево сечение с началом родовой деятельности

4. Кесарево сечение после отхождения околоплодных вод

5. Роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец

4. Наиболее частое осложнение в первом периоде родов при поперечном положении плода:

1. Преждевременное отхождение вод

2. Выпадение петель пуповины

3. Бурная родовая деятельность

4. Слабость родовой деятельности

5. Угрожающий разрыв матки

5. Обязательным условием для развития запущенного поперечного положения плода является:

1. Отхождение околоплодных вод

2. Слабость родовой деятельности

3. Бурная родовая деятельность

4. Крупный плод

5. Недоношенный плод

6. Признаки запущенного поперечного положения плода не включают:

1. Подвижность плода

2.перерастяжение нижнего сегмента

3. Отсутствие плодного пузыря

4. Выпадение ручки плода

5. Симптомы внутриутробной гипоксии плода

7. Госпитализация при поперечном положении плода показана при сроке беременности:

1. 28–30 нед

2. 31–32 нед

3. 33–35 нед

4. 36–37 нед

5. 39–40 нед

8. Условия для классического поворота плода на ножку с последующим извлечением плода не включают:

1. Раскрытие маточного зева на 8 см

2. Полное раскрытие маточного зева

3. Живой плод

4. Соответствие размеров плода емкости таза

5. Отсутствие плодного пузыря

9. При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:

1. Кесарево сечение

2. Классический поворот плода на ножку

3. Извлечение плода за тазовый конец

4.плодоразрушающая операция.

5. Все ответы неверны

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1.**

У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-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.  
1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назовите причины тазового предлежания плода. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

3. 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.  
**Ответ:**  
1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода. 2. Причинами тазового предлежания плода являются:  
- 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  
3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:  
- урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.  
- при PV 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.  
4. 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 (подключить КТГ, если это возможно) и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.  
5. 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.

**Тема 7.** **«Операция кесарево сечение. Техника послойного ушивания операционной раны Оценка оперативной техники при кесаревом сечении. Техника хирургических швов»**

**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

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

**Форма текущего контроля:**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1)Наиболее часто в акушерской практике применяется:

1. корпоральное кесарево сечение

2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки

3. влагалищное кесарево сечение

4. экстраперитонеальное кесарево сечение

5. малое кесарево сечение

2) Не является показанием к операции кесарева сечения:

1. полное предлежание плаценты

2. тазовое предлежание плода

3. сужение таза третьей-четвертой степени

4. внутриутробная гипоксия плода

5. угрожающий разрыв матки

3) Кесарево сечение :

1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода

2. в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов

3. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 3O лет

4. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения

5. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

4) Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

1. безводный период более 12 часов

2. мертвый плод

3. хронический пиелонефрит

4. уродства плода

5. все ответы верны

5) Показанием к операции декапитации является

1. запущенное поперечное положение плода

2. угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода

3. интранатальная гибель плода в тазовом предлежании

4. гидроцефалия плода

5. антенатальная гибель плода в головном предлежании

6) Акушерская ситуация: - Второй период родов. - Головка плода в полости малого таза. - Потуги редкие, короткие, непродуктивные. - Сердцебиение плода ритмичное, 98 ударов в минуту. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

1. кесарева сечения

2. перинеотомии

3. вакуум-экстракции

4. акушерских щипцов

5. краниотомии

7) Противопоказаниями к операции кесарева сечения являются:

1. внутриутробная смерть плода

2. клинически выраженная инфекция

3. грубые пороки развития плода, несовместимые с жизнью

4. глубокая недоношенность плода

5. все вышеперечисленное

8) К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОКС ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ:

1. ранения предлежащей части

2. эндометриоза рубца

3. перитонита

4. несостоятельности шва на матке

5. параметрита

9) Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются все, кроме:

1. гигантского плода;

2. тазового предлежания плода массой 3300-3500 граммов;

3. поперечного положения плода;

4. острой гипоксии плода

5. СЗРП 3 степени.

10) Средняя кровопотеря при неосложненой плановой операции кесарево сечение составляет:

1. 500 – 600 мл;

2. 600 – 900 мл;

3. 1000 – 1200 мл

4. 1200-1500 мл

5. все ответы неверные

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1.** Пациентка Д., 20 лет, самостоятельно обратилась в приѐмный покой родильного дома в связи с появлением умеренных кровянистых выделений из половых путей в сроке беременности 32 недели после физической нагрузки. Отмечает ослабление шевелений плода в течение 1 часа.

Из анамнеза: Беременность вторая, протекала без осложнений. Первая беременность была прервана искусственным абортом по желанию пациентки 2 года назад. Данная беременность наступила спонтанно. Прегравидарной подготовки не было.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела = 36,5°С. Кожные покровы бледные. В легких: дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = 84 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно матки на 4 пальца выше уровня пупка.

Положение плода продольное, предлежание головное. Матка при пальпации в

нормотонусе, безболезненна во всех отделах, сердцебиение плода ритмичное,

приглушено, 146 уд. в 1 мин. На подкладной обширное кровяное пятно.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = 3,2 х 1012/л., Нb = 115 г/л. Лейкоциты = 18,8 х 109

/ л: пал.= 6%, сегмент.= 73

%, эоз.= 1%, лимф.= 18%, моноциты = 2%. СОЭ = 42 мм/час.

УЗИ матки и плода: плод соответствует сроку гестации, сердцебиение ритмичное 144 уд.в мин., плацента определяется по передней стенке матки, 3 степени зрелости, от центра плаценты до нижнего края визуализируется анэхогенная полоса шириной 5 мм. Тонус миометрия повышен по передней стенке матки.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или

инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения

дифференциальной диагностики.

3. Составьте прогноз исхода заболевания, определите факторы риска

4. Определите маршрутизацию пациентки.

5. Назначьте лечение, определите способ родоразрешения.

**Тема 8** «Оценка техники практических навыков на симуляторах»

**Перечень ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:**

1. Методы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда, измерение высоты дна матки и окружности живота, пельвиометрия).
2. Акушерское влагалищное исследование. Определение степени зрелости шейки матки Определение степени раскрытия маточного зева.
3. Проведение кардиотахографии плода, интерпретация полученных результатов.
4. Подбор и введение акушерских пессариев
5. Наложение разгружающего шва на шейку матки
6. Введение в цервикальный канал осмотических дилататоров
7. Введение в цервикальный канал механических дилататоров (катетер Фолея, оригинальный катетер)
8. Ведение родов при головном предлежании плода.
9. Ведение родов при тазовом предлежании плода (пособие по Н.А. Цовьянову).
10. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях плода.
11. Ручное пособие при тазовых предлежаниях плода при запрокидывании головки и ручек плода.
12. Наружный поворот плода из тазового предлежания плода в головное
13. Наружный поворот плода из поперечного и косого предлежаний плода в головное
14. Ручное пособие при дистоции плечиков плода
15. Наружно-внутренний поворот плода на ножку
16. Ручное обследование полости матки и бимануальная компрессия матки.
17. Ручное отделение плаценты и выделение последа, задержавшихся долей плаценты или оболочек.
18. Внутриматочная баллонная тампонада
19. Техника чревосечения по Пфаненнштиллю
20. Техника нижнесрединного чревосечения
21. Техника чревосечения по Джоел-Кохену
22. Техника операции корпорального кесарева сечения.
23. Осмотр мягких родовых путей после родов.
24. Зашивание разрывов промежности I и II степени после родов.
25. Зашивание разрывов шейки матки после родов.
26. Перинеотомия и эпизиотомия, перинеоррафия.
27. Зашивание разрывов промежности III степени после родов.
28. Наложение выходных акушерских щипцов
29. Операция вакуум-экстракции плода.
30. Выполнение операции перевязки маточных сосудов.
31. Операции наложения компрессионных швов на матку по B-lynch и Рereira
32. Снятие швов с промежности и с передней брюшной стенки.
33. Первичная реанимация новорожденного

**Модуль 2 «Симуляционный курс в гинекологии»**

**Тема 1. «Цель и задачи симуляционного курса в акушерстве и гинекологии. Амбулаторный гинекологический прием. Отработка на симуляторах диагностики беременности»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи,проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1) двуфазность менструального цикла

2) уровень эстрогенной насыщенности организма

3) наличие овуляции

4) полноценность лютеиновой фазы цикла

5) все перечисленное

2. Для лечения кандидозного кольпита у беременных во II и III

триместре применяют:

1) антибиотики

2) клион-Д

3) настой календулы

4) все перечисленное

5) ничего из перечисленного

3. При прогрессирующей трубной беременности:

1) показана немедленная операция

2) операцию можно провести в плановом порядке

3) возможно консервативное лечение больной

4) все перечисленное верно

5) все перечисленное неверно

4.При влагалищном исследовании у больной выявлены следующие

признаки. Наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена.

Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное

образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки.

Возможный диагноз:

1) прогрессирующая трубная беременность

2) апоплексия правого яичника

3) обострение хронического воспалительного процесса правых придатков

матки

4) правильные ответы «1» и «3»

5) все ответы правильные

5. В дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью

яичника наиболее информативно:

1) двуручное влагалищное исследование

2) УЗИ

3) проба с пулевыми

4) лапароскопия

5) зондирование полости матки

1. Женщине, состоящей на активном учете в психоневрологическом

диспансере, показана:

1) хирургическая стерилизация

2) гормональная контрацепция

3) внутриматочная контрацепция

4) постинор

5) использование презерватива

7. Особенностями нормального менструального цикла являются:

1) овуляция

2) образование желтого тела в яичнике

3) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

4) все перечисленное

5) ничего из перечисленного

8. Плановая гинекологическая операция должна проводиться:

1) в дни менструации

2) в первую неделю после прекращения менструации

3) в дни ожидаемой менструации

4) накануне менструации

5) не имеет значения

1. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной

беременности, включает:

1) электрофорез лекарственных средств

2) ультразвуковую терапию

3) гормональную терапию

4) правильные ответы «1» и «2»

5) все ответы правильные

10. При обследовании бесплодной пары в первую очередь показана:

1) гистеросальпиногография

2) цитология влагалищного мазка

3) определение базальной температуры

4) биопсия эндометрия

5) исследование спермы

**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 2 дня через 28 дней, умеренные безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное, хорошо физически сложена. При ректоабдоминальном исследовании патологии не выявлено. Hb – 80 г/л. Вероятный диагноз. Тактика ведения.

**Задача 2.** Больная 38 лет обратилась с жалобами на боли в животе. Боли появились 3 часа назад. Менструальный цикл не нарушен. При пальпации: живот болезненный в нижних отделах, слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 38,20С,

лейкоцитоз – 12х109/л. При гинекологическом осмотре: матка без особенностей, величина соответственно 8 неделям беременности, узловатая, болезненная при пальпации, придатки не пальпируются, выделения слизистые. Вероятный диагноз. Тактика ведения.

**Тема 2.** **«Молочные железы. Отработка навыков обследования молочных желез»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационные задачи,проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?

1. внутрипротоковая папиллома;

2. болезнь Педжета;

3. узловая мастопатия;

4. киста;

5. фиброаденома.

2. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?

1. умбиликация;

2. лимонная корка;

3. втяжение соска;

4. гиперпигментация соска и ареолы;

5. изъязвление.

3. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?

1. овариоэктомия;

2. химиотерапия;

3. гормонотерапия;

4. лучевая терапия;

5. пангистрэктомия.

4. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска — выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?

1. внутрипротоковая папиллома;

2. узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии;

3. фиброаденома;

4. диффузный рак;

5. узловой рак.

5. Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. Справа пальпируются увеличенные, плотные подмышечные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обна-ружено. Диагноз?

1. диффузная мастопатия;

2. рак Педжета;

3. маститоподобный рак;

4. панцирный рак;

5. коллоидный рак.

6. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?

1. экзема соска;

2. первичный шанкр;

3. аденома соска;

4. туберкулез молочной железы в стадии язвы;

5. рак Педжета.

7. Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?

1. рак;

2. саркома;

3. внутрипротоковая аденома;

4. туберкулез;

5. мастопатия.

8. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутье в области соска. При слущивании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?

1. актиномикоз молочной железы;

2. болезнь Педжета;

3. экзема соска;

4. скирр молочной железы;

5. маститоподобный рак.

9. Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39°С, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно - боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

1. острый мастит;

2. мастопатия диффузная;

3. хронический мастит;

4. рожеподобный рак;

5. узловая мастопатия.

10. Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в молочной железе. Объективно: железа не увеличена, не изменена окраска кожных покровов. При пальпации опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности. Также отмечается увеличение подключичных лимфоузлов. Диагноз?

1. мастит;

2. фиброаденома;

3. рак;

4. фиброзно-кистозная мастопатия;

5. актиномикоз.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1.** Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых вы-является плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, которая легко смещается в тканях, не связана с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз?

Ответ: фиброаденома на фоне фиброзно-кистозной мастопатии;

**Задача 2.** На прием к онкологу обратилась больная 30 лет. Жалобы на болезненные ощущения в обеих молочных железах и очаги уплотнения, которые становятся более плотными за неделю до менструации. При осмотре: кожа молочных желез не изменена, соски правильной формы, выделений нет. Нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения. Подмышечные лифоузлы не увеличены. Онкологом поставлен диагноз: диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия. Тактика?

Ответ: диспансерное наблюдение хирурга и гинеколога-эндокринолога.

**Тема 3.** **«Патология шейки матки. Отработка навыков гинекологического исследования, взятия мазков для цитологического исследования, ПЦР - тестирования, жидкостной цитологии»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Методы диагностики патологии шейки матки. Простая кольпоскопия. Расширенная кольпоскопия. Микрокольпоскопия. Цервикоскопия. Цитологическое исследование. Техника забора биопсии для гистологического исследования при патологии шейки матки.
2. Классификация заболеваний шейки матки

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

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:

1. Цилиндрическим эпителием;

2. Однослойным многорядным эпителием;

3. Железистым эпителием;

4. Многослойным плоским неороговевающим эпителием;

5. Многослойным плоским ороговевающим эпителием.

2. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся все кроме:

1. Простой лейкоплакии;

2. Дисплазии;

3. Эритроплакии;

4. Эктропиона;

5. Рецидивирующего полипа канала шейки матки.

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

1. Простая кольпоскопия;

2. Бимануальное ректовагинальное исследование;

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

4. Вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. Цитологическое исследование эндометриального аспирата.

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

1. Расширенная кольпоскопия;

2. Гистологическое исследование биоптата шейки матки;

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

4. Вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. Бимануальное ректовагинальное исследование.

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

1. Акантоз;

2. Дискариоз;

3. Гиперкератоз;

4. Кариолизис;

5. Все перечисленное выше.

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

1. Диатермокоагуляции;

2. Электроконизации;

3. Лазеротерапии;

4. Конусовидной ампутации шейки матки по штурм- дорфу;

5. Высокой ампутации шейки матки.

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

1. Цервикоскопии;

2. Гистероскопии;

3. Гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса;

4. Расширенной кольпоскопии;

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

8. Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки:

1. Тазовая боль;

2. Слизисто-гнойные бели;

3. Контактные кровотечения;

4. Ациклические маточные кровотечения;

5. Диспареуния.

9. Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1. Рецидивирующий полип цервикального канала;

2. Истинная эрозия;

3. Дисплазия;

4. Эктропион;

5. Эндометриоз.

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

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

2. Тугая тампонада влагалища;

3. Чревосечение, экстирпация матки;

4. Циркулярное наложение зажимов на шейку матки;

5. Чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.**   
Больная 42 лет обратилась в женскую консультацию с кровянистыми выделениями из половых путей.  
ИЗ АНАМНЕЗА: Менструации регулярные. Имела 5 беременностей (2 родов и 3 медаборта). Последние 5 лет к гинекологу не обращалась. В течение полугода беспокоят обильные желтоватые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови.  
ОСМОТР: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые бледные. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, бочкообразной формы, слизистая темно-багрового цвета, из цервикального канала необильные сукровично-кровянистые мутные выделения с неприятным за- пахом. Бимануально: влагалищная часть шейки матки бочкообразно расширена, очень плотная, неподвижная. Тело матки несколько больше нор- мы. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, доходящие до стенок таза.  
Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?  
Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?  
Вопрос 3. Тактика врача женской консультации?  
**Эталон ответа:** 1. Рак шейки матки. 2. Ректовагинальное обследование, УЗИ, биопсия, консультация онколога. 3. Направить на госпитализацию в гинекологическое отделение в плановом порядке

**Тема 4. «Легочно-сердечная реанимация Отработка навыков легочно-сердечной реанимации»**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач,проверка практических навыков и умений.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ПИСЬМЕННОГО ОПРОСА:**

1. Показания и противопоказания к сердечно-легочной реанимации
2. Алгоритм помощи при остановке дыхания и кровообращения
3. Стадии СЛР по П.Сафару
4. Реанимационный алфавит
5. Комплекс «АВС»
6. Критерии эффективности сердечно-легочной реанимации
7. Критерии прекращения реанимации

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

*Выберите один правильный ответ*

1. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ СОСТОЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

a) дать понюхать нашатырный спирт

б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

в) проведение закрытого массажа сердца

г) одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца

2. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА КОМПРЕССИЮ НА ГРУДИНУ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРОИЗВОДЯТ:

a) всей ладонью

б) проксимальной частью ладони

в) тремя пальцами

г) одним пальцем

3. СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЙ И КОМПРЕССИЙ НА ГРУДИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ОДНИМ ЛИЦОМ:

a) на 1 вдох - 5 компрессий

б) на 2 вдоха - 30 компрессии

в) на 3 вдоха - 6 компрессий

г) на 2 вдоха - 15 компрессий

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ПОВЕРХНОСТЬ, НА КОТОРОЙ ЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ, ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА БЫТЬ:

a) жесткой

б) мягкой

в) наклонной

г) неровной

5. ПРИЗНАК ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ:

a) отсутствие экскурсий грудной клетки

б) зрачки широкие

в) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии

г) появление пульсовой волны на сонной артерии, сужение зрачков

6. ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

a) методом «изо рта в рот»

б) с помощью маски наркозного аппарата

в) методом «изо рта в нос»

г) методом «изо рта в рот и нос»

7. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАПАДЕНИЯ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ГОЛОВА ПОСТРАДАВШЕГО ДОЛЖНА БЫТЬ:

a) повернута набок

б) запрокинута назад

в) согнута вперед

г) в исходном положении

8. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ НОРМОТЕРМИИ:

a) 1-2 минуты

б) 4-5 минут

в) 25-30 минут

г) 8-10 минут

9. ЧИСЛО ДЫХАНИЙ В 1 МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ:

a) 10-12 в 1 минуту

б) 30-32 в 1 минуту

в) 12-20 в 1 минуту

г) 20-24 в 1 минуту

10. ОБЪЕМ ВДУВАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (МЛ):

а) 300-500

б) 500-800

в) 800-1000

г) 1200-1500

**РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача 1.**В зале вылета аэропорта обнаружен человек без сознания, лежащий на спине. На стене зала Вы видите автоматический наружный дефибриллятор. Ваши действия.

**Задача 2.**20 летняя пациентка пожаловалась на резкую слабость и потеряла сознание во время взятия крови на анализ. При осмотре: она без сознания, дыхание поверхностное, пульс нитевидный.

Оцените состояние. Окажите первую помощь.

**Задача 3.** Спасатель после констатации клинической смерти у пациента немедленно выполнил следующее: 1) обеспечил проходимость дыхательных путей методом 2) сделал 2 вдоха методом «рот в рот» 3) сделал 30 компрессий грудной клетки.

Оцените правильность действий спасателя.

**Тема 5.** **«Опухоли матки и придатков. Отработка навыков оперативного лечения заболеваний матки и придатков»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. 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.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5

дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

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

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

Диагноз? План ведения?

**Эталон ответа:**

Д-з: Эндометриоидная киста левого яичника. Тяжелая форма.

Характерны данные анамнеза и физикального исследования + УЗИ (тяжелая форма, т.к. имеется эндометриоз одного яичника с образованием кисты более 2 см в диаметре).

Тактика – обследование для подтверждения д-за может включать СА-125 (титр коррелирует со степенью заболевания), иногда необходима лапароскопия.

Консервативное лечение включает медикаментозную терапию, направленное на подавление менструации – КОК, можно в сочетании с НПВС (при дисменорее). Среди ЛВ успешно применяют даназол (400-800 мг в день – 6 мес), гестагены пролонгированного действия (МПА 100-200 мг в мес в/м), агонисты гонадолибернина (золадекс, бусерелин – 6 мес ежедневно или 1 раз в месяц в виде депо-инъекций). Хирургическое лечение проводят при среднетяжелой форме, выраженных спайках или больших эндометриоидных кистах, когда гормональная терапия не дает положительных результатов. Щадящее лечение состоит в иссечении кисты. После операции могут быть назначены КОК или даназол (3-4 мес), такая тактика эффективнее в плане лечения бесплодия вследствие эндометриоза.

**Тема 6.** **«Кровотечение в гинекологии. Неотложная помощь. Кровосберегающие технологии в гинекологии»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

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

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

3. Принципы консервативной и хирургической остановки маточных кровотечений.

4. Профилактика рака тела матки.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Основной клинический симптом рака тела матки:

1. Хроническая тазовая боль.

2. Контактные кровотечения.

3. Ациклические кровотечения.

4. Нарушение функции соседних органов.

5. Бесплодие.

2. 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.

3. 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.

4.ТРУБНОГО АБОРТА ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ

1. скудные кровянистые выделения из половых путей
2. боли внизу живота и в подвздошной паховой области
3. при влагалищном исследовании
4. увеличение и болезненность придатков
5. верно б) и в)
6. верно все перечисленное

5. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА – ЭТО

1. остро возникшее кровотечение из яичника
2. разрыв яичника
3. остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
4. верно а) и б)
5. все перечисленное

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больная 45 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровянистые выделения не прекращаются на протяжении 7 дней, начинались как менструация.  
ИЗ АНАМНЕЗА: Последние пол года отмечает межменструальные кровотечения, к гинекологу не обращалась, самостоятельно принимала этамзилат натрия в таблетках. В анамнезе 2 родов, 3 медаборта.  
ОБСЛЕДОВАНИЕ: При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертро- фирована, деформирована, из цервикального канала исходит багрово- синюшное образование размерами 3×2 см, выделения обильные темно- кровянистые. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены. Гемоглобин при поступлении 78 г/л.  
Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос 2. Для установления диагноза необходимо выполнить?

Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?

**Эталон ответа:** Полип эндометрия. Полипэктомию, гистероскопию с гистологическим исследованием удаленного материала. Гормональное лечение в зависимости от гистологической характеристики полипа.

**Задача 2**

Пациентка У., 38 лет, архитектор, обратилась на прием врача акушера-гинеколога с жалобами на болезненные менструации, увеличение объема кровопотери (по длительности менструация увеличилась в последний год с 5 до 10 дней, по объему – появились сгустки, приходится использовать в первые дни ночные прокладки до ½ упаковки в сутки). В течение 6 месяцев отмечает, слабость, повышенную утомляемость, ломкость ногтей и волос.

Из анамнеза: Считает себя больной в течение года. К врачу не обращалась. Принимала травяные сборы во время менструации. Последний раз у гинеколога была 4 года назад, при удалении ВМС. Менструация с 11 лет, цикл регулярный, установился сразу, через 28 дней, по 5 дней, менструации умеренные, болезненные в первый день. Беременностей 1: закончилась срочными самостоятельными родами 12 лет назад. Контрацепция – презерватив, внутриматочное средство в течение 10 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Рост = 169 см. Масса тела = 63 кг. Температура тела = 36,6°С. Пульс = 76 в 1 мин. АД = 110/70 - 100/60 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный при пальпации. Гинекологическое исследование. Обследование молочных желѐз: Железы симметричны; кожа не изменена, ареолы хорошо пигментированы, соски выступают над

поверхностью околососковых кружков; выделений из сосков нет; молочные железы при пальпации диффузно неоднородные, безболезненные; лимфатические узлы не пальпируются. Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, вульва не гиперемирована, промежность деформирована в области задней спайки рубцом после эпизиотомии. В зеркалах: слизистая влагалища розовая, бели белые, в умеренном количестве, шейка матки гипертрофирована, на 3-х часах имеется

деформация, покрыта многослойным плоским эпителием, зона трансформации 3 типа, зев щелевидный, из цервикального канала слизистые выделения, количество - значительное, симптом зрачка (++++). Бимануально: влагалищные своды свободны, шейка матки гипертрофировна, деформирована старыми разрывами, наружный зев сомкнут. Тело матки бугристое, ограничено подвижное, увеличено до 8 недель беременности, по

передней стенке матки пальпируется узел 4 см в диаметре. Тело матки с узлом

безболезненное при пальпации, равномерной плотности. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = 3,0 \* 1012/л., Нb = 112 г/л. Лейкоциты = 6,8 \* 109 /л, СОЭ = 16 мм/час

Биохимическое исследование крови: глюкоза = 4,50 ммоль/л, билирубин общ. = 21 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 68 г/л, мочевина = 4 ммоль/л, остаточный азот = 20 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 25 г/ч-л.

Онкоцитологическое исследование эктоцервикса: многослойный плоский эпителий – без атипии.

Онкоцитологическое исследование эндоцервикса: цилиндрический эпителий – без атипии.

Микроскопическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала: цервикальный канал: лейкоциты – 5-7 в п/зр., флора – палочковая. Гонококки и трихомонады отсутствуют; влагалище: плоский эпителий = 2-3 в п/зр, лейкоциты = 7-10 в п/зр., флора – палочковая. Гонококки и трихомонады отсутствуют.

УЗИ малого таза на 8 д.м.ц.: Матка размером 84 х 45 х 65 мм, миометрий –

множественные фиброматозные узлы диаметром от 1,5 до2,5см, субсерозные,

интерстициальные и субсерозно-интерстициальные. На передней стенке матки, ближе к дну, узел размером 40,6 х 55 мм, равномерной структуры. М-ЭХО: 10,4 мм. Шейка матки диаметром 37 мм, единичные кисты до 5 мм в диаметре. Правый яичник: размер = 30 х 19 х 23 мм, множественные фолликулы диаметром до 4 мм по всей поверхности; Левый яичник: размер = 29 х 20 х 19 мм, фолликулы в количестве 5-7 в срезе, диаметром до 5 мм.

Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или

инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения

дифференциальной диагностики.

3.Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромносимптоматическую терапию) и дайте рекомендации по профилактике прогрессирования заболевания, включая возможности санаторно-курортного этапа.

**Тема 7.** **«Внутриматочная патология. Гистероскопия. Отработка навыков введения внутриматочного контрацептива»**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Лечебно-диагностическое выскабливание, показания,условия, противопоказания, техника выполнения, профилактика осложнений

2.Пайпель – биопсия эндометрия, показания, условия, противопоказания, техника выполнения, профилактика осложнений

3. Мануальная вакуумная аспирация эндометрия, показания, противопоказания, условия, профилактика осложнений

4. Гистерорезектоскопия полипа эндометрия,субмукозной миомы матки, показания, условия, противопоказания, профилактика осложнений.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Показания к пайпель – биопсии являются:

1.кровотечение у женщины в период менопаузы,

2.кровотечение при приеме гормональных препаратов,

3.подозрение на эндометриоз,

4.подозрение на миому матки,

5.все выше перечисленное.

2.Противопоказания к мануальная вакуумная аспирации:

1.обильное кровотечение,

2.острая инфекция мочеполовой системы,

3.сахарный диабет,

4.артериальная гипертензия.

3.При появлении ациклических кровяных выделений проводится:

1.гистеросальпингография,

2.определение ЛГ,

3.УЗИ,

4.диагностическое выскабливание.

4.Основным методом остановки дисфункционнального кровотечения в пременопаузном периоде является:

1.Применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов,

2.Введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств,

3.Использование андрогенов,

4.Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала.

5.Показания для проведения гистероскопи:

1.Субмукозная миома матки,

2.Субсерозная миома матки,

3.Внутренний эндометриоз,

4.Наружный эндометриоз,

5.Полип эндометрия.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 39 лет с жалобами на обильные менструации в течение 6 месяцев, нуждается в надежной кон- трацепции.  
ИЗ АНАМНЕЗА: родов 3, без особенностей, 5 медицинских абортов, последний 1 год назад — медикаментозное прерывание беременности. Три месяца назад при обследовании по поводу обильных менструаций диагно- стирована гиперплазия эндометрия, проведена гистероскопия, гистологи- ческое исследование соскоба эндометрия. Заключение: простая гиперпла- зия эндометрия без атипии. Принимала по рекомендации гинеколога гор- мональные контрацептивы в течение 2 месяцев. Отмечает побочные эф- фекты в виде тошноты, головной боли, выраженной болезненности молоч- ных желез, в связи с чем, отказалась от дальнейшего их приема.  
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизисто-молочные умеренные. При бимануаль- ном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются.  
Вопрос 1. Нужно ли провести дополнительное обследование данной пациентке для выбора метода контрацепции?

Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

**Эталон ответа:** УЗИ органов малого таза.  
Внутриматочную систему с левоноргестрелом «Мирена»

**Практические навыки:**

1. Осмотр гинекологических больных (осмотр в зеркалах, влагалищное, ректовагинальное исследование)
2. Осмотр и пальпация молочных желѐз
3. Взятие материала из уретры, шейки матки, влагалища для микроскопического и культурального исследования.
4. Взятие материала из уретры, шейки матки, влагалища для молекулярно-генетического исследования
5. Взятие материала на онкоцитиологию с шейки матки, влагалища и вульвы.
6. Кольпоскопия, вульвоскопия
7. Точечная ножевая или электрохирургическая биопсия шейки матки, влагалища и вульвы
8. Ножевая и электрохирургическая эксцизия шейки матки
9. Аспирационная биопсия эндометрия (метод пайпеля, мануальная вакуумная аспирация).
10. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
11. Раздельное выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки.
12. Мануальная вакуумная аспирация (МВА) содержимого полости матки
13. Операции на придатках матки лапаротомным доступом: удаление или пластика маточной трубы, энуклеация кисты яичника, резекция яичника, удаление придатков матки, хирургическая окклюзия маточных труб
14. Операция надвлагалищной ампутации матки лапаротомным доступом.
15. Миомэктомия лапаротомным доступом
16. Диагностическая и лечебная гистероскопия
17. Введение у удаление внутриматочного контрацептива
18. Введение у удаление имплантационного контрацептива,
19. Консультирование по подбору метода контрацепции.
20. Порядок оказания медицинской помощи при умеренной преэклампсии, профилактика судорог
21. Порядок оказания медицинской помощи при тяжѐлой преэклампсии, профилактика судорог
22. Порядок оказания медицинской помощи при эклампсии
23. Обеспечение проходимости дыхательных путей
24. Проведение кислородотерапии
25. Обеспечение венозного доступа
26. Проведение медикаментозной терапии, включая инфузионную
27. Оценка гемодинамики при акушерском кровотечении: физикальные методы, измерение АД, пульсоксиметрия
28. Оценка кровопотери
29. Оценка тяжести геморрагического шока
30. Порядок оказания медицинской помощи при массивной кровопотере и геморрагическом шоке
31. Проведение искусственного дыхания "рот в рот"
32. Проведение наружного массажа сердца
33. Временная остановка кровотечения путѐм прижатия брюшного отдела аорты
34. Порядок оказания медицинской помощи при септическом шоке
35. Порядок оказания медицинской помощи при анафилактическом шоке.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Письменный опрос** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется студенту, если он владеет понятийным аппаратом, демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется студенту, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности; |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется, если студент обнаруживает знания и понимание основных положений учебного материала, но излагает его неполно, непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения; |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется, если студент имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Проблемно-ситуационные задачи** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» – студент правильно и полно проводит первичную оценку состояния, самостоятельно выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» – студент правильно проводит первичную оценку состояния, выявляет удовлетворение каких потребностей нарушено, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводятся с дополнительными комментариями преподавателя; |
| «ТРИ БАЛЛА» – студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворение каких потребностей нарушено, определение проблемы пациента возможен при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку с наводящими вопросами педагога; затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации |
| «ДВА БАЛЛА» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Практические навыки** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются. |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА». Студент проявил полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности. |
| «ТРИ БАЛЛА». Студент проявил знания основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности, но допустил не более одной принципиальной ошибки, рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима. |
| «ДВА БАЛЛА». Студент обнаружил существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |
| **Защита реферата** | «ПЯТЬ БАЛЛОВ» выставляется, если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| «ЧЕТЫРЕ БАЛЛА» выставляется, если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| «ТРИ БАЛЛА» выставляется, если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| «ДВА БАЛЛА» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| «НОЛЬ БАЛЛОВ» выставляется при отсутствии ответа |

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета по зачетным билетам, содержащим два теоретических вопроса (в устной форме), один практический вопрос (в форме демонстрации практических навыков)

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

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Промежуточная аттестация**

**Перечень вопросов к промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Анатомо-физиологические особенности женской половой сферы. |
|  | Роль женской консультации в снижении количества тяжёлых форм преэклампсии. Выделение группы риска по развитию преэклампсии. |
|  | Основные причины перинатальной смертности и пути её снижения. |
|  | Диспансеризация беременных с нормальным течением беременности. Определение срока выдачи декретного отпуска. |
|  | Организация работы отделения новорожденных. Уход за новорожденными при совместном пребывании матери и ребёнка. |
|  | Гигиена и диета беременных. Роль женской консультации в решении проблемы «крупный плод». |
|  | Организация работы родового отделения. |
|  | Основные показания и методы досрочного родоразрешения в интересах плода при патологическом течении беременности. |
|  | Организация акушерской помощи жительницам сельской местности. Выбор места родоразрешения в зависимости от степени пренатального риска. |
|  | Обследование супружеской пары при бесплодии в условиях женской консультации. |
|  | Организация и методы работы женской консультации. |
|  | Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов. Наблюдение за беременными группы повышенного риска. |
|  | Организация работы послеродовых отделений. |
|  | Экспертиза временной нетрудоспособности в акушерстве и гинекологии. |
|  | Диспансерное наблюдение за женщинами с кистами и кистомами яичников. |
|  | Организация работы стационара дневного пребывания. |
|  | Понятие о внутрибольничной инфекции. Организация эпиднадзора в акушерских стационарах. |
|  | Влияние вредных экологических факторов и привычек на специфические функции женского организма, развивающийся плод. |
|  | Диспансерное наблюдение за женщинами с эрозиями шейки матки. |
|  | Диспансерное наблюдение за больными с фибромиомой матки. |
|  | Диспансерное наблюдение за больными с хроническими воспалительными процессами придатков матки. |
|  | Роль женской консультации в профилактике послеродовых септических заболеваний. |
|  | Структура и задачи женской консультации. |
|  | Искусственное прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям. Понятие, нормативно-правовая база. |
|  | Стандарт обследования при подготовке к гинекологическим операциям в условиях женской консультации. |
|  | Принципы ведения беременных с экстрагенитальной патологией в женской консультации. |
|  | Послеродовое гипотоническое кровотечение. Клиника, диагностика, причины, лечение, профилактика. |
|  | Классификация послеродовых септических заболеваний. Особенности течения послеродового метроэндометрита. Диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. |
|  | Анатомически узкий таз, формы, степени сужения. Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом. |
|  | Кесарево сечение, виды операций. Показания, противопоказания, условия, осложнения в ходе операции. Методы обезболивания. |
|  | ДВС - синдром в акушерстве: причины, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Кровотечение в последовом периоде: причины, диагностика, лечение. |
|  | Современные принципы терапии и профилактики аномалий родовой деятельности (слабость родовых сил, дискоординированная родовая деятельность). |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с сахарным диабетом. |
|  | Эклампсия: клиника, диагностика, лечение, способы и сроки родоразрешения. |
|  | Преэклампсия умеренной, тяжёлой степени: клиника, диагностика, терапия, показания к досрочному родоразрешению. |
|  | Эклампсия. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Принципы родоразрешения. |
|  | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины, клиника. Классификация, дифференциальная диагностика, терапия, профилактика. |
|  | Особенности ведения родов при хронической и острой гипоксии плода. |
|  | Особенности течения и ведения преждевременных родов, их профилактика. Проблемы невынашивания беременности, современные методы терапии. |
|  | Перитонит после кесарева сечения. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. |
|  | Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с пороками сердца. |
|  | Угрожающий, начинающийся и свершившийся разрывы матки. Этиология, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Отёки беременной: клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации |
|  | Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями почек. Противопоказания к донашиванию беременности. |
|  | Ведение беременных с Rh-отрицательной кровью. |
|  | Предлежание плаценты. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение. |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода. |
|  | Раннее послеродовое кровотечение. Причины, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Ведение беременности и родов при многоплодии. Осложнения в родах и их профилактика. |
|  | Фетоплацентарная недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к досрочному родоразрешению. |
|  | Неотложная терапия послеродового гипотонического кровотечения. |
|  | Неотложная терапия септического шока. |
|  | Неотложная помощь при свершившемся разрыве матки. |
|  | Неотложная помощь при перфорации матки. |
|  | Неотложная помощь при эмболии околоплодными водами. |
|  | Неотложная помощь при тромбэмболии лёгочной артерии. |
|  | Неотложная терапия раннего послеродового кровотечения. |
|  | Неотложная помощь при ущемлении последа. |
|  | Внебольничный инфицированный аборт. Классификация, клиника, диагностика. Роль женской консультации в борьбе с абортами. |
|  | Лечебно-эвакуационная тактика врача при преэклампсии и эклампсии. |
|  | Неотложная помощь при выпадении петли пуповины. |
|  | Принципы неотложной терапия при преэклампсии, эклампсии. |
|  | Принципы неотложной терапии при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. |
|  | Этапы оказания первичной реанимационной помощи новорожденному в родзале. |
|  | Неотложная помощь при анафилактическом шоке. |
|  | Кисты и кистомы яичников. Клиника, диагностика, лечение. |
|  | Неотложная помощь при отёке лёгких. |
|  | Неотложная помощь при свершившемся разрыве матки. |
|  | Неотложная помощь при острой гипоксии плода во II периоде родов. |
|  | Неотложная помощь при почечной колике. |
|  | Тактика врача при несвоевременном излитии околоплодных вод. |
|  | Принципы неотложной помощи при центральном предлежании плаценты. |
|  | Неотложная помощь при ущемлении последа. |
|  | Неотложная терапия при кровотечении у женщин репродуктивного и климактерического возраста. |
|  | Неотложная помощь при гематоме влагалища после родов. |
|  | Неотложная помощь при позднем послеродовом кровотечении. |
|  | Проблема абортов, влияние их на организм женщины. Современные методы контрацепции. |
|  | Кровотечение в пременопаузе. |
|  | Туберкулёз женских половых органов: клиника, диагностика. |
|  | Трофобластическая болезнь: пузырный занос, хорионэпителиома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Методы лечения. Прогноз. Профилактика. |
|  | Опухоли яичников: классификация, дифференциальная диагностика, тактика. |
|  | Клиника, диагностика, терапия воспалительных процессов женских половых органов инфекционной этиологии в современных условиях |
|  | Бесплодный брак. Формы женского бесплодия. Профилактика, диагностика, лечение. |
|  | Инфицированный аборт. Бактериально-токсический шок. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению |
|  | Неотложная терапия при внебольничном инфицированном аборте. |
|  | Противозачаточные средства. Классификация, механизм действия и эффективность современных противозачаточных средств. |
|  | Самопроизвольный аборт: клиника, диагностика, неотложная помощь. Возможные осложнения и их профилактика. |
|  | Яичниковая и маточная формы аменореи. |
|  | Хронический эндометрит, сальпингоофорит. Клиника, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. |
|  | Ведение больных в неосложнённом послеоперационном периоде после гинекологических операций. Коррекция циркуляторных и обменных нарушений. |
|  | Внематочная беременность. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, профилактика. |
|  | Неотложная помощь при рождении субмукозногомиоматозного узла. |
|  | Дисфункциональные маточные кровотечения в детородном возрасте. |
|  | Синдром склерополикистозных яичников. |
|  | Контрацепция у подростков. |
|  | Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, методы лечения. |
|  | «Острый живот» в гинекологии, причины, дифференциальная диагностика, тактика. |
|  | Женская гонорея: классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения. |
|  | Заболевания наружных половых органов: кисты, кондиломы, воспаление большой вестибулярной железы. Клиника, диагностика, профилактика. |
|  | Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Роль женской консультации в профилактике рака шейки матки. |
|  | Опущение и выпадение стенок влагалища и матки: клиника, диагностика, лечение. |
|  | Предрак шейки матки. |
|  | Техника пункции заднего свода. |
|  | Техника ручного отделения последа. |
|  | Техника медицинского аборта. |
|  | Техника мини-аборта. |
|  | Техника кесарева сечения в нижнем сегменте. |
|  | Техника интраамнионального введения растворов |
|  | Техника консервативноймиомэктомии. |
|  | Техника гистеросальпингографии. |
|  | Техника вакуум–экстракции плода. |
|  | Техника введения ВМС. |
|  | Техника выскабливания полости матки при самопроизвольном выкидыше. |
|  | Техника надвлагалищной ампутации матки. |
|  | Пособие по защите промежности в родах при переднем виде затылочного предлежания. |
|  | Методика гемотрансфузии. |
|  | Техника тубэктомии. |
|  | Техника кистэктомии. |
|  | Техника гистероскопии. |
|  | Техника резекции яичника. |
|  | Техника наложения акушерских выходных щипцов. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности III степени. |
|  | Пособие по выведению ручек и головки при тазовом предлежании. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности I степени. |
|  | Техника вскрытия абсцесса бартолиниевой железы |
|  | Оказание пособия по защите промежности в родах при заднем виде затылочного предлежания. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности II степени. |
|  | Техника полипэктомии. |