

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖАЮ
Проректор по учебной работе
Валиев И. А.



2023 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

(наименование дисциплины/практики)

Разработчик

кафедра акушерства гинекологии №1

Специальность / Направление
подготовки

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Наименование ООП

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Квалификация

Врач – биофизик

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства науки и
высшего образования Российской Федерации от
«13» августа 2020 г. №1002

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) –установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 30.05.02 Медицинская биофизика, изучивших **дисциплину** «Акушерство и гинекология».

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины«Акушерство и гинекология»является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине/практике «Акушерство и гинекология»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/Направление подготовки	Медицинская биофизика/Акушерство и гинекология
2.	Кафедра	Акушерства и гинекологии №1
3.	Автор-разработчик	Зулкарнеева Э.М. Галимов А.И.
4.	Наименование дисциплины	Акушерство и гинекология
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	108 ч/З.е.
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Акушерство и гинекология»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	
8.	Количество заданий	60
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	60 минут
14.	Вопросы к аттестации	
15.	Задачи	

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

ОПК-2 Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния *in vivo* и *in vitro* при проведении биомедицинских исследований

ПК-3 Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-2	Инд. ОПК 2.1.
ПК-3	Инд. ПК 3.2.

Задания

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Тестовые вопросы	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
ОПК-2/ОПК-2.2	При ультразвуковом исследовании плаценты ее толщина (при наличии отечной формы гемолитической болезни плода) чаще всего составляет а) 0,2-0,5 см б) 1-1,5 см в) 2-3 см г) 4 см и более	г
ОПК-2/ОПК-2.2	Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная цифрой III, соответствует, как правило, сроку беременности а) до 30 недель б) 31-34 недели в) 35-37 недель г) 38-40 недель	г
ОПК-2/ОПК-2.2	Акцелерация - это а) учащение частоты сердечных сокращений плода б) урежение частоты сердечных сокращений плода в) отражение аритмии сердечной деятельности плода г) отражение внутриутробной задержки роста плода	а
ОПК-2/ОПК-2.2	Феномен "зрачка" (+ + +), показывающий раскрытие цервикального канала до 0,3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует а) 4-5-му дню менструального цикла б) 7-8-му дню менструального цикла в) 9-10-му дню менструального цикла г) 13-14-му дню менструального цикла	г
ОПК-2/ОПК-2.2	Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить: а) на 7-8-й день менструального цикла б) на 1-5-й день менструального цикла в) на 20-25-й день менструального цикла г) на 26-28-й день менструального цикла	а
ОПК-2/ОПК-2.2	Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме а) острого воспалительного процесса в придатках	а

	<p>б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости</p> <p>в) нарушенной маточной беременности</p> <p>г) тяжелого общего состояния больной</p>	
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Инфекционно-токсический шок чаще всего развивается под воздействием:</p> <p>а) эндотоксина грамотрицательных бактерий</p> <p>б) грамположительных бактерий</p> <p>в) вирусов</p> <p>г) экзотоксина грамположительных кокков</p>	а
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:</p> <p>а) преэклампсии</p> <p>б) воспалительных изменениях эндометрия</p> <p>в) инфекционно-аллергическом васкулите</p> <p>г) иммунологическом конфликте между матерью и плодом</p>	а
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является:</p> <p>а) нарушение в системе гемостаза</p> <p>б) частичное плотное прикрепление плаценты</p> <p>в) частичное приращение плаценты</p> <p>г) разрыв шейки матки</p>	г
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Назовите основного возбудителя послеродового мастита:</p> <p>а) эпидермальный стафилококк</p> <p>б) золотистый стафилококк</p> <p>в) стрептококки группы в</p> <p>г) анаэробные кокки</p>	б
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Нарушения инволюции послеродовой матки наиболее выражены:</p> <p>а) после родов, осложнившихся первичной или вторичной слабостью родовой деятельности</p> <p>б) после кесарева сечения</p> <p>в) в случае ручного обследования послеродовой матки</p> <p>г) при двойне или крупном плоде</p>	а
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Правый косой размер — это расстояние между:</p> <p>а) верхним краем лобкового симфиза и мысом</p> <p>б) левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком</p> <p>в) наиболее отдаленными точками безымянных линий</p> <p>г) правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком</p>	г
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Прямой размер плоскости выхода малого таза равен:</p> <p>а) 11 см</p> <p>б) 9,5—11,5 см</p> <p>в) 12 см</p> <p>г) 12,5 см</p>	б
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>При тазовом предлежании, 1-ой позиции, переднем виде:</p> <p>а) межвертельная линия в поперечном размере,</p>	б

	<p>крестец кпереди</p> <p>б) межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди</p> <p>в) межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади</p> <p>г) межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди</p>	
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Достоверный диагноз железодефицитной анемии во время беременности устанавливают на основании:</p> <p>а) характерных жалоб беременной</p> <p>б) появления сердечно-сосудистых нарушений</p> <p>в) результатов лабораторных исследований</p> <p>г) наличия трофических нарушений</p>	в
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Для оценки функции желтого тела диагностическое выскабливание эндометрия следует производить на:</p> <p>а) 15—18-й день цикла</p> <p>б) 18—25-й день цикла</p> <p>в) 25—27-й день цикла</p> <p>г) 11—14-й день цикла</p>	б
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Большой поперечный размер головки плода - это расстояние между:</p> <p>а) границей волосистой части лба и затылочным бугром</p> <p>б) наиболее отдаленными точками венечного шва</p> <p>в) теменными буграми</p> <p>г) передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой</p>	в
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Достоверным признаком беременности является:</p> <p>а) увеличение матки</p> <p>б) прекращение менструаций</p> <p>в) увеличение живота у женщины репродуктивного возраста</p> <p>г) пальпация плода в матке</p>	г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Клиническими проявлениями болезни поликистозных яичников являются:</p> <p>а) раннее менархе (10—11 лет);</p> <p>б) гиперполименорея;</p> <p>в) позднее менархе (после 14—15 лет);</p> <p>г) вторичная аменорея;</p>	г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Клиническими проявлениями синдрома поликистозных яичников у пациенток с врожденной дисфункцией коры надпочечников являются:</p> <p>а) гирсутизм, вирилизация наружных половых органов ;</p> <p>б) вегетативные и эмоциональные нарушения;</p> <p>в) ожирение;</p> <p>г) гиперпролактинемия;</p>	а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Клиническими проявлениями синдрома поликистозных яичников у пациенток с гипоталамической дисфункцией являются:</p> <p>а) раннее менархе (10-11 лет);</p>	а

	<p>б) своевременное менархе (12—13 лет); в) позднее менархе (после 14—15 лет); г) гиперполименорея;</p>	
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Для синдрома склерокистозных яичников не характерно а) гирсутизм; б) олигоменорея; в) дисменорея; г) двустороннее увеличение яичников;</p>	в
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Эхографическими критериями синдрома поликистозных яичников не является: а) увеличение размеров яичников (объем более 10 см³); б) гиперплазия стромы, которая составляет не более 25% объема яичников; в) наличие более 10 фолликулярных кист диаметром до 2-5 мм в одном срезе; г) наличие фолликулярных кист в яичниках;</p>	г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома не характерно: а) сухость слизистых оболочек; б) боли в области сердца; в) остеопороз; г) ларингит;</p>	г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе, как правило наблюдается повышение уровня: а) пролактина; б) кортизола; в) ТТГ; г) ФСГ;</p>	г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Для физиологического течения климактерического периода не характерно: а) галакторея; б) прекращение менструальной функции; в) прекращение репродуктивной функции; г) «приливы»;</p>	а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Характерными обменно – эндокринными нарушениями при климактерическом синдроме являются: а) ожирение; б) тиреотоксикоз; в) остеохондроз; г) астенический синдром;</p>	а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Пременопауза – это период: а) начинающегося снижения функции яичников; б) уменьшение частоты ановуляторных циклов; в) увеличение длительности менструального цикла; г) гиперинсулинемия;</p>	а

ПК-3/ПК-3.2.	В постменопаузе женщину с атрофическим вагинитом беспокоит: а) сухость и зуд во влагалище; б) усиление либидо; в) неприятные обильные выделения; г) кандидозные кольпиты;	а
ПК-3/ПК-3.2.	Частота «приливов» при легкой форме климактерического синдрома а) до 5 в сутки; б) до 10 в сутки; в) 11- 20 в сутки; г) свыше 20 приливов;	б
ПК-3/ПК-3.2.	Частота «приливов» при средней форме КС а) до 5 в сутки; б) до 10 в сутки; в) 10- 20 в сутки; г) свыше 20 приливов;	в
ПК-3/ПК-3.2.	Частота «приливов» при средней форме КС а) до 5 в сутки; б) до 10 в сутки; в) 10- 20 в сутки; свыше 20 приливов;	г
ПК-3/ПК-3.2.	К нейровегетативным проявлениям климактерического синдрома не относится: а) приливы жара; б) ночная потливость; в) сухость и атрофия кожи и слизистых оболочек; г) головокружение;	в
ПК-3/ПК-3.2.	К проявлениям урогенитальной атрофии не относится: а) дисбиоз влагалища; б) зуд и жжение; в) сухость слизистой оболочки влагалища; г) приливы жара;	г
ПК-3/ПК-3.2.	К предменструальному синдрому не относят следующие клинические формы а) нейропсихическую; б) генетическую; в) кризовую; г) цефалгическую;	б
ПК-3/ПК-3.2.	К клиническим проявлениям предменструального синдрома (накануне менструации) не относят: а) головную боль, головокружение; б) депрессию, иногда агрессивность; в) анорексию; г) прибавка массы тела на 1-2 кг;	в
ПК-3/ПК-3.2.	При предменструальном синдроме во вторую фазу	б

	менструального цикла наблюдается: а) гиперэстрогения; б) повышение секреции АКТГ; в) повышение уровня серотонина; г) гиперпрогестеронемия;	
Выберите несколько правильных ответов		
ОПК-2/ОПК-2.2	В диагностике переносимости беременности используются следующие методы исследования: а) амниоскопия б) кардиотокография в) динамика изменения окружности живота и высоты дна матки г) кольпоцитология	а,в,г
ОПК-2/ОПК-2.2	Для оценки полового развития используются следующие критерии: а) степень развития молочных желез б) начало половой жизни в) степень оволосения подмышечных впадин г) характеристика менструальной функции	а,в,г
ОПК-2/ОПК-2.2	К тестам функциональной диагностики относятся: а) феномен «зрачка» б) измерение ректальной температуры в) симптом «листа папоротника» г) феномен «глазка»	а,б,в
ОПК-2/ОПК-2.2	Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока при всех перечисленных состояниях, кроме а) прогрессирующей внематочной беременности б) маточной беременности в) опухоли яичников г) миомы матки	а,в,г
ОПК-2/ОПК-2.2	К анатомическим особенностям матки у девочки в допубертатном периоде относятся: а) Тело матки по длине больше шейки в 3 раза. б) Тело матки равно по длине шейке матки. в) Матка небольшая г) Длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки.	в,г
ОПК-2/ОПК-2.2	Укажите показатели, необходимые для подсчета индекса массы тела а) длина тела б) межвертельный размер в) соотношение межвертельного и межакромиального размера г) массатела	а,б,г
ОПК-2/ОПК-2.2	Для евнухоидного типа характерно а) увеличение длины тела б) увеличение длины ног	а,г

	<p>в) увеличение межвертильного размера</p> <p>г) равные межакромиальные и межвертильные размеры</p>	
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе</p> <p>а) проба с люлиберином</p> <p>б) проба с кломифеном</p> <p>в) проба с гонадотропинами</p> <p>г) большая дексаметазоновая проба</p>	а,б,в
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Физиологическая аменорея – это отсутствие менструации</p> <p>а) у девочек до 10- 12 лет</p> <p>б) во время беременности, в период лактации</p> <p>в) после оварэктомии</p> <p>г) в старческом возрасте</p>	а,б,г
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>К признакам гипоксии плода, согласно данным кардиографии, относят:</p> <p>а) базальный ритм менее 100 или более 170 уд/мин;</p> <p>б) базальный ритм 120-160 уд/мин;</p> <p>в) наличие выраженных вариабельных децелераций;</p> <p>г) стойкая монотонность ритма.</p>	а,б,г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Провести рапрос пациенток с учетом медицинской этики и деонтологии, особенностей респроса в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентки:</p> <p>а) анамнез жизни</p> <p>б) анамнез заболевания</p> <p>в) основные и дополнительные жалобы</p> <p>г) ректовагинальное исследование</p>	в,б,а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Провести респрос пациентки с повышенным гликемическим уровнем и ИМТ:</p> <p>а) абдоминальное ожирение</p> <p>б) клиническая гиперандрогения</p> <p>в) Ультрасонографические критерии поликистозных яичников</p> <p>г) Менструальный цикл</p>	г,б,в,а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Провести респрос пациентки с опухолью матки:</p> <p>а) быстрый рост миоматозного узла</p> <p>б) гиперполименорея</p> <p>в) вторичная дисменорея</p> <p>г) ультрасонографические признаки миомы матки</p>	в,б,а,г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Основные симптомы при пельвиоперитоните:</p> <p>а) повышение температуры</p> <p>б) рвота</p> <p>в) слабость</p> <p>г) тошнота</p>	г,б,в,а
ПК-3/ПК-3.2.	<p>При стертой форме акушерского перитонита пациентка предъявляет жалобы на:</p> <p>а) стойкое учащение пульса</p>	а,г,в,б

	<ul style="list-style-type: none"> б)выраженный стойкий парез кишечника в)лейкоцитоз со сдвигом влево г)метеоризм 	
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Клиническая картина эндометриоза обусловлена:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)повышение температуры б)тянущие боли внизу живота и в области поясницы в)прогрессирующий болевой синдром г)симптомы раздражения брюшины 	б,в
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Основные критерии манифестации гонореи в зависимости от распространенности:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)инкубационный период 3-5 суток б)кровомазание перед менструацией в)гнойные выделения из половых путей г)гипофункция яичников при стертой форме 	а,в,г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Основными жалобами при микоплазменной инфекции являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)гиперкератоз вульвы б)жжение в области половых органов в)жидкие бели г)эндоцервицит 	б,в,г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>При осмотре пациенток на ВПЧ из групп риска ИППП обращаем внимание на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)любое патологическое состояние шейки матки б)кондиломоподобные образования на наружных половых органах в)бартолинит г)уретрит 	а,б
ПК-3/ПК-3.2.	<p>При миоме матки пациентки предъявляют жалобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)сдавление смежных органов (мочевого пузыря, прямая кишка) б)хронические тазовые боли в)кровоточивость из прямой кишки г)явленияпельвиоперитонита 	а,б
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Диагностика бактериальных вагинозов основывается на следующих критериях:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)положительный аминный тест б) выявление ВПЧ 16 и 18 серотипов в)гонококк внутриклеточно г) наличие жидких сероватых выделений 	а,г
ПК-3/ПК-3.2.	<p>При вульвите пациентка жалуется на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)дискомфорт в области наружных половых органов, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании б)общее недомогание в)на боль в области наружных половых органов г)боли в эпигастрии 	а,б,в
ПК-3/ПК-3.2.	<p>Для переносимого плода характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствия сыровидной смазки б) плотных костей черепа в) обильного лануго г) «баннных» стоп и ладоней 	а,б,г

Установите правильную последовательность в предложенных вариантах ответов		
ОПК-2/ОПК-2.2	Методы обследования женщин в гинекологии: а) гинекологический анамнез б) специальные методы гинекологического исследования в) общее объективное исследование г) сбор общего анамнеза	г-а-в-б
ОПК-2/ОПК-2.2	Приемы Леопольда-Левецкого включают в себя: а) определение высоты стояния дна матки и части плода, находящегося в дне матки б) определение предлежащей части и ее отношение ко входу в малый таз в) определение положения, позиции и вида плода г) характер предлежащей части и ее местоположение по отношению к костям малого таза	а-в-б-г
ОПК-2/ОПК-2.2	Техника наружного измерения большого таза: а) D.cricitarum б) D.trochanterica в) C. externa г) D. spinarum	г-а-б-в
ОПК-2/ОПК-2.2	Алгоритм комбинированного ультразвукового и биохимического скрининга: а) забор крови для биохимического скрининга, расчет комбинированного риска б) первичное медико-генетическое консультирование в) ультразвуковое исследование (11-13 недель) с определением срока беременности, трансвагинальная пункция г) заключительное консультирование, выдача рекомендаций, определение дальнейшего алгоритма обследования	б-в-а-г
ОПК-2/ОПК-2.2	Этапность оказания медицинской помощи при гипотонических послеродовых кровотечениях: а) экстирпация матки б) наложение компрессионных швов на матку в) баллонная тампонада матки г) ручное обследование полости матки	г-в-б-а
ОПК-2/ОПК-2.2	Алгоритм доимплантационной диагностики: а) обследование супружеской пары, генетическое заключение б) перенос эмбрионов в) оплодотворение invitro (ЭКО или ИКСИ) г) биопсия blastomeres, диагностика хромосомных болезней	а-в-г-б
ОПК-2/ОПК-2.2	Составьте верную последовательность этапов эмбриогенеза человека: а) нейрула б) зигота в) бластула гаструла	б,в,г,а

ПК-3/ПК-3.2.	Провести физикальное обследование пациенток с использованием основных методов : а) Осмотр б) Перкуссия в) Пальпация г) Аускультация	а-в-б-г
ПК-3/ПК-3.2.	Провести физикальное обследование пациентки с воспалительными процессами органов малого таза: а) осмотр б) Пальпация в) Обнаружение симптомов раздражения брюшины г) бимануальное обследование	а-б-в-г
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов		
ОПК-2/ОПК-2.2	Параметры кардиотокограммы плода в родах: а) базальный ритм б) амплитуда variability базального ритма в) акцелерации г) децелерации 1. замедление сердечного ритма плода 2. средняя величина сердцебиения плода, сохраняющаяся неизменной 10 мин. и более 3. изменение сердечных сокращений плода 4. ускорение сердечного ритма плода	а-2 б-3 в-4 г-1
ОПК-2/ОПК-2.2	Консистенция шейки матки в зависимости от степени ее зрелости: а) «незрелая» б) «созревающая» в) «неполностью созревшая» г) «зрелая» 1. размягчена неполностью, определяется плотноватая ткань по ходу шейечного канала 2. размягчена полностью 3. размягчена почти полностью, за исключением области внутреннего зева 4. плотная или размягчена только по периферии	а-4 б-1 в-3 г-1
ОПК-2/ОПК-2.2	Методы инвазивной диагностики в акушерстве: а) амниоцентез б) хорионбиопсия в) кордоцентез г) плацентобиопсия 1. получение ворсин хориона 2. получение ворсин плаценты 3. пункция амниотической оболочки с целью получения околоплодных вод 4. пункция сосудов пуповины с целью получения крови плода для последующего исследования	а-3 б-1 в-4 г-2
ОПК-2/ОПК-2.2	Показания для проведения гормональных методов диагностики в гинекологии: а) проба с дексаметазоном б) проба с адренокортикотропным гормоном в) проба с метоклопрамидом	а- 3 б-4 в-1 г-2

	<p>г) проба с агонистами гонадотропных рилизинг-гормонов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диагностика гиперпролактиновых состояний 2. для выяснения поражения гипофиза при аменорее центрального генеза 3. уточнение генеза гиперандрогении 4. для определения функционального состояния надпочечников 	
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Значение тестов функциональной диагностики в гинекологии:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) феномен «зрачка» б) симптом «листа папоротника» в) кольпоцитологический тест г) симптом растяжения шеечной слизи <ol style="list-style-type: none"> 1. отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами к общему числу клеток (в процентах) 2. изменение количества слизи в зависимости от эстрогенной насыщенности организма и изменения тонуса шейки матки 3. способность шеечной слизи образовывать кристаллы под действием эстрогенов 4. способность шеечной слизи к растяжению, достигающая максимума к овуляции 	<p>а-2 б-3 в-1 г-4</p>
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Показания для проведения гормональных методов диагностики в гинекологии:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) прогестероновая проба б) проба с кломифеном в) проба ФСГ г) определение β-ХГЧ в крови <ol style="list-style-type: none"> 1. для диагностика беременности ранних сроков 2. при аменорее для усиления выработки гонадотропных рилизинг-гормонов и увеличения секреции ФСГ и ЛГ 3. для определения функционального состояния яичников при аменорее, задержке полового развития и др. 4. для определения эстрогенной насыщенности при аменорее, реакции эндометрия (через 3-7 суток после проведения пробы) 	<p>а-4 б-2 в-3 г-1</p>
ОПК-2/ОПК-2.2	<p>Сопоставьте орган и его топографию:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) матка б) мочевого пузыря в) влагалище г) яичники <ol style="list-style-type: none"> 1) передняя поверхность прилежит к лобковому симфизу, задняя к влагалищу 2) полый мышечный орган, расположенный по центру таза, между прямой кишкой и мочевым пузырем 3) парный орган, расположен в полости малого таза по бокам от матки 4) непарный полый орган, имеющий форму трубки, проходит через моче-половую диафрагму, 	<p>а-2,б-1,в-4, г-3</p>

	средняя длина 8-10 см.	
ОПК-2/ОПК-2.2	Сопоставьте тест функциональной диагностики с его назначением: а) определение времени овуляции б) аномалии развития плода в) метод оценки состояния плода г) проходимость маточных труб 1)кардиотокография 2) гидроэхолокация 3)ультразвуковое исследование 4) Температурный тест	а-4, б-3,в-1,г-2

Вопросы		
<i>Дополните</i>		
ОПК-2/ОПК-2.2	Цитологический метод является одним из важнейших методов ранней диагностики ... в эпителии шейки матки	патологических изменений
ОПК-2/ОПК-2.2	Взятие небольшого кусочка ткани во время биопсии необходимо для дальнейшего...	гистологического исследования
ОПК-2/ОПК-2.2	Основными методами в диагностике гипотизарной аменореи являются...	гормональные исследования
ОПК-2/ОПК-2.2	Хромокольпоскопия - это окрашивание влагалищной части шейки матки различными красителями с последующим...	кольпоскопическим исследованием
ОПК-2/ОПК-2.2	Вагиноскопия, кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия относятся к...	эндоскопическим методам исследования в гинекологии
ОПК-2/ОПК-2.2	Стандартом объективной оценки состояния молочных желез, позволяющая диагностировать патологические изменения в молочных железах, является...	рентгенологическая маммография
ОПК-2/ОПК-2.2	Атрезия девственной плевы может проявляться состоянием которое называется.....	гематокольпос
ОПК-2/ОПК-2.2	Прогрессирующая трубная беременность, апоплексия яичника, болевая форма, подозрение на внутрибрюшное кровотечение- показания к	пункции брюшной полости через задний свод влагалища
ОПК-2/ОПК-2.2	Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является.....	девственная плева (вход во влагалище)
ОПК-2/ОПК-2.2 узким является таз, при котором выявляется	Клинически (функционально)

	несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.	
ОПК-2/ОПК-2.2	Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря...	до 400 мл
ОПК-2/ОПК-2.2особенно показана у следующих женщин с резус-отрицательной кровью первородящих, родивших резус-положительного ребенка, несовместимого с матерью по системе АВО и первородящих, родивших резус-положительного ребенка, совместимого с матерью по системе АВО;	Специфическая иммунопрофилактика
ПК-3/ПК-3.2.	Фолликулярная фаза начинается с началом менструации и заканчивается в день быстрого увеличения концентрации	лютеинизирующего гормона (ЛГ)
ПК-3/ПК-3.2.	Туберкулез половых органов включает туберкулез придатков матки, матки, шейки матки, вульвы и.....	влагалища
ПК-3/ПК-3.2.	У пациенток с туберкулезом органов малого таза обычно обнаруживают уплотнения в парацервикальных, паравагинальных и.....	околоматочных тканях
ПК-3/ПК-3.2.	Преимущества эпидуральной анестезии - длительность, возможность проведения.....	послеоперационной анальгезии
Вставьте пропущенное слово		
ОПК-2/ОПК-2.2	Чрезмерное оволосение по женскому типу (лобок, большие половые губы, подмышечные впадины) называется...	гипертрихоз
ОПК-2/ОПК-2.2	Монофазный график базальной температуры указывает на отсутствие овуляции в менструальном цикле и называется...	ановулярный
ОПК-2/ОПК-2.2	При проведении кольпоцитологического теста процентное соотношение поверхностных, промежуточных и парабазальных клеток называется индекс....	созревания
ОПК-2/ОПК-2.2	Для определения проходимости шейного канала, длины полости матки, а также перед любым внутриматочным вмешательством применяется	зондирование полости матки

ОПК-2/ОПК-2.2	Основной причиной ювенильных маточных кровотечений является ...фолликулов	атрезия
ОПК-2/ОПК-2.2	Основа диагностики предменструального синдрома - ...появление симптомов	циклическое
ОПК-2/ОПК-2.2	Большие железы преддверия влагалища расположены в толще задних отделов половых губ	больших
ОПК-2/ОПК-2.2	Важнейшими УЗ-диагностическими признаками являются наличие в миометрии округлых узелков с четкими ровными контурами (капсула)	миомы матки
ОПК-2/ОПК-2.2	Вторая степень чистоты влагалищного мазка характеризуется: в мазке много эпителиальных клеток, реакция влагалищного содержимого....., в мазке есть влагалищные бациллы, лейкоцитов в мазке содержится до 10-15 в поле зрения	кислая
ОПК-2/ОПК-2.2	Факторами, предрасполагающими к внутренних половых органов, являются: травма промежности в родах, системные заболевания соединительной ткани, физический труд, связанный с подъемом тяжести, многократные чревосечения	выпадению
ОПК-2/ОПК-2.2	Для уточнения злокачественной опухоли яичника используются современные методы диагностики компьютерная томография	степенираспространения
ОПК-2/ОПК-2.2	При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление..... функции	репродуктивной
ОПК-2/ОПК-2.2	Под влиянием происходит кратковременный спазм сосудов шейки матки, отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя эпителия. Это позволяет выявить патологические участки эпителия.	уксуснойкислоты
ОПК-2/ОПК-2.2	Дефицит....., как правило, является одной из причин запаздывания наступления первой менструации, длительного становления менструальной функции, развития или	массытела

	усугубления нарушения менструальной функции	
ОПК-2/ОПК-2.2	Диагностические критерии дисфункционального маточного кровотечения на фоне недостаточностименструального цикла: на графике базальной температуры отмечаются единичные подъемы до 37-37,1° С	лютеиновой фазы
ОПК-2/ОПК-2.2	Содержание гормонов яичника и аденогипофиза при физиологическом течении климактерического периода ФСГ....., ЛГ без изменений	повышается
ОПК-2/ОПК-2.2	Клинические проявления: головная боль, головокружение, депрессия, иногда агрессивность, болезненное нагрубание молочных желез, прибавка массы тела на 1-2 кг.	предменструального синдрома
ОПК-2/ОПК-2.2	Слабость родовой деятельности, несвоевременный разрыв плодного пузыря, выпадение пуповины - осложнения возможны в периоде родов при тазовом предлежании:	первом
ОПК-2/ОПК-2.2	Морфологические изменения при краурозе вульвы больше выражены в ткани вульвы	соединительной
ОПК-2/ОПК-2.2	Основные диагностические критерии аменореигенеза: наличие матки и яичников, положительные пробы с гонадотропными гормонами, пропорциональное телосложение, низкая секреция гонадотропинов	центрального
ОПК-2/ОПК-2.2	Верифицировать диагноз можно на основании: определения ХГЧ, результатов УЗИ оценки ХГЧ в динамике	внематочная беременность
ОПК-2/ОПК-2.2– это впервые выявленная гипертензия (артериальное давление > 140/90 мм рт. ст в сочетании с протеинурией (> 300 мг в суточной моче или соотношение белок/креатинин в моче ≥ 0,3) после 20 недель беременности.	Преэклампсия
ПК-3/ПК-3.2.	В третьем триместре в женском	эстрогена

	организме происходит очередная гормональная перестройка. Увеличивается выработка.....	
ПК-3/ПК-3.2.	Операция кесарево сечение состоит из следующих этапов: лапаротомия, гистеротомия и извлечение плода,....., восстановление передней брюшной стенки	ушиваниеразрезанаматке
ПК-3/ПК-3.2.	После 35 недели гестации может наблюдаться снижение массы тела на 2-4 кг. Это связано с уменьшением объема околоплодных вод и.....	отеков
Ответьте на вопрос		
ОПК-2/ОПК-2.2	Амниотомия - это искусственное вскрытие плодного пузыря. Как называется инструмент, которым проводят для амниотомии	амниотом
ОПК-2/ОПК-2.2	Назовите метод оценки функционального состояния плода, основанный на изучении его сердечного ритма и их изменений в ответ на шевеления плода или сокращения матки	кардиотокография
ОПК-2/ОПК-2.2	Как называются методы определения функционального состояния репродуктивной системы (измерение ректальной температуры, феномен «зрачка»), симптом растяжения шеечной слизи, симптом «листа папоротника», подсчет кардиопикнотического индекса	тестыфункциональнойдиагностики
ОПК-2/ОПК-2.2	При поликистозе яичников характерны нарушение фолликулогенеза, увеличение объема яичников, ановуляция. Какой метод диагностики в данном случае наиболее информативен?	ультразвуковой
ОПК-2/ОПК-2.2	Как называются антропометрические кривые, при помощи которых проводят оценку типа телосложения	морфограммы
ОПК-2/ОПК-2.2	Назовите эндоскопический метод исследования, позволяющий проводить детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы с увеличением в 10-30 раз и определять место для прицельной биопсии	кольпоскопия
ОПК-2/ОПК-2.2	Какая патология развивается при неполном слиянии	атрезиявлагалища

	парамезонефрических протоков?	
ОПК-2/ОПК-2.2	Какой метод диагностики может служить скринингом для раннего выявления предрака и рака эндометрия?	цитологический
ОПК-2/ОПК-2.2	В родах при головном предлежании плода какая частота сердечных сокращений нормальной считается?	120–160 в минуту;
ОПК-2/ОПК-2.2	Через 15 минут после рождения последа, который при осмотре оказался целым, появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность родильницы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Угроза какого осложнения существует у данной пациентки?	Гипотоническое кровотечение
ОПК-2/ОПК-2.2	В отделение гинекологии поступила беременная с жалобами - на тошноту, - рвоту до 15 раз в сутки, - потерю 9 кг веса, - слабость, бессилие. Пульс 105 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 90/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель. ДИАГНОЗ?	рвота беременных тяжелой степени
ОПК-2/ОПК-2.2	Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать	60 мм. рт. ст
ОПК-2/ОПК-2.2	Роды вторые в срок длятся 16 часов. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контрационное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Риск какого осложнения существует у данной пациентки?	Угроза разрыва матки
ПК-3/ПК-3.2.	Кесарево сечение - операция, завершающая беременность, при котором плод извлекается через разрез передней стенки живота и матки. Основным условием для проведения кесарева сечения является?	живой и жизнеспособный плод
ПК-3/ПК-3.2.	Эндометрит - острое воспалительное заболевание слизистой оболочки. Что является маркером эндометрита?	С-реактивный белок, жидкость в полости малого таза и в полости матки (по УЗИ)
ПК-3/ПК-3.2.	Вульвит - воспаление наружных	микробиологические исследования

	половых органов (вульвы). Для постановки диагноза необходимы следующие обследования?	ния
ПК-3/ПК-3.2.	Бартолинит - воспаление большой железы преддверия влагалища. для постановки диагноза необходимы?	описание клинической картины и комплексное микробиологическое исследование

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Вопросы к экзамену/зачету по дисциплине «акушерство и гинекология»
Акушерство	
ПК-3/ПК-3.2.	1. Анатомия и физиология женской репродуктивной системы.
ПК-3/ПК-3.2.	2. Многоводие и маловодие. Обмен околоплодных вод. Этиология. Диагностика. Течение и ведение беременности и родов.
ПК-3/ПК-3.2.	3. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Методы дородового определения веса плода.
ОПК-2/ОПК-2.2	4. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Гормональные регуляции гестационного процесса.
ОПК-2/ОПК-2.2	5. Физиология беременности. Плацента - «новая» железа внутренней секреции: определение, функции, строение.
ОПК-2/ОПК-2.2	6. Оплодотворение и развитие плодного яйца. Периоды эмбрио- и фетогенеза.
ОПК-2/ОПК-2.2	7. Плод как объект родов. Кости черепа, швы, роднички, размеры окружности и сегменты головки.
ОПК-2/ОПК-2.2	8. Анатомически узкий таз. Причины. Классификация. Диагностика. Анатомическая оценка таза. Клинически узкий таз. Определение. Клиника. Диагностика. Тактика.
ОПК-2/ОПК-2.2	9. Многоплодие. Частота. Диагностика. Типы плацентации. Течение и ведение беременности и родов при многоплодии.
ПК-3/ПК-3.2.	10. Перенашивание беременности. Этиология. Диагностика. Тактика.
ПК-3/ПК-3.2.	11. Внутриутробная гипоксия плода. Классификация по этиопатогенезу и течению. Диагностика. Методы доклинической диагностики. Лечение во время беременности и в родах. Осложнения гипоксии.
ОПК-2/ОПК-2.2	12. Заболевания почек и беременность. Определение. Частота. Предрасполагающие этиологические факторы. Особенности клиники, диагностики и лечения.
ОПК-2/ОПК-2.2	13. Течение и ведение беременности при пороках сердца. Противопоказания к вынашиванию.
ПК-3/ПК-3.2.	14. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Определение. Этиология. Диагностика. Тактика. Осложнения.
ПК-3/ПК-3.2.	15. Предлежание плаценты. Определение. Этиология. Классификация. Диагностика. Тактика.
ПК-3/ПК-3.2.	16. Послеродовой эндометрит. Частота, этиология, диагностика. Диагностика и лечение послеродового метротромбофлебита. . Диагностика и лечение послеродового метротромбофлебита, параметрита.
ПК-3/ПК-3.2.	17. Послеродовой пельвиоперитонит. Акушерский перитонит

	(перитонит после кесарева сечения). Механизмы инфицирования. Группа риска. Клиника, диагностика, тактика, профилактика.
Гинекология	
ПК-3/ПК-3.2.	1. Саркома матки. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
ОПК-2/ОПК-2.2	2. Постгистерэктомический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2/ОПК-2.2	3. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	4. Эндометриозная болезнь: клиника, диагностика, методы лечения, реабилитация, профилактика
ПК-3/ПК-3.2.	5. Дисменорея. Причины, клиника, диагностика, методы лечения.
ПК-3/ПК-3.2.	6. Внематочная беременность. Частота, этиология, патогенез, классификация.
ПК-3/ПК-3.2.	7. Аменорея периферического генеза. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	8. Дисгенезия гонад. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
ПК-3/ПК-3.2.	9. Опущение и выпадение внутренних половых органов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	10. Миома матки. Диагностика, возможные осложнения. Рождающийся субмукозный узел. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	11. Острые воспалительные процессы наружных половых органов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	12. Аденомиоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	13. Рак вульвы и влагалища. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	14. Задержки полового развития. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
ПК-3/ПК-3.2.	15. Рак яичников. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	16. Трубное бесплодие. Причины, диагностика, методы лечения, прогноз, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	17. Предраковые заболевания шейки матки. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, методы лечения, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	18. Аменорея центрального генеза. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
ПК-3/ПК-3.2.	19. Миома матки. Патогенез, классификация, диагностика. Современные органосохраняющие методы лечения миомы матки (ЭМА, ФУЗ-абляция, гистерорезектоскопия).
ПК-3/ПК-3.2.	20. Синдром Симмондса-Шихана. Клиника, основные признаки, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	21. Апоплексия яичника. Этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
ПК-3/ПК-3.2.	22. Хорионэпителиома. Клиника, диагностика, методы лечения, прогноз.
ПК-3/ПК-3.2.	23. Рак шейки матки. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ПК-3/ПК-3.2.	24. Пузырный занос. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения, прогноз.

ПК-3/ПК-3.2.	25. Синдром поликистозных яичников. Частота, этиология, патогенез, клиника, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	26. Функциональные кисты женских половых органов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	27. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
ПК-3/ПК-3.2.	28. Пороки развития внутренних половых органов. Классификация, клинические проявления, диагностика, методы коррекции.
ПК-3/ПК-3.2.	29. Эпителиальные (серозные и псевдомуцинозные)цистаденомы яичников. Частота, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика врача-гинеколога.

Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков

На открытое задание рекомендованное время – 15 мин

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Задачи
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 1</p> <p>Повторнородящая 24 лет поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. В течение последних 2 дней беспокоит головная боль, ухудшение общего состояния. Беременность до последнего времени протекала без осложнений. При поступлении АД 180/100 мм.рт. ст., отеки на нижних конечностях.</p> <p>При наружном акушерском обследовании размеры таза 25-28-31-20. Сердцебиение плода слева выше пупка, 140 уд.в минуту, ритмичное, приглушено. Схватки регулярные через 4-5 минут, по 30-35 сек., средней интенсивности. При попытке производства влагалищного исследования появился припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Диагноз и его обоснование?2. Факторы риска и причины развития данного осложнения?3. Какие ошибки были допущены при ведении роженицы?4. Акушерская тактика?5. Профилактика данной патологии у беременной?
Ответ	<ol style="list-style-type: none">1. Беременность 39-40 недель. I период срочных родов в тазовом предлежании, I позиция. Осл: Эклампсия в родах.2. Эндотрахеальный наркоз. Кесарево сечение. Неотложная помощь при эклампсии.3. Поздняя госпитализация, отсутствие своевременного лечения, попытка влагалищного исследования без наркоза.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 2</p> <p>Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст. Отеки нижних конечностей, в моче 2 г/л белка. Роженица внезапно побледнела, появились «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 90 уд.в минуту. Матка напряжена, ассиметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 уд.в мин., мягкий, слабого наполнения. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен, выделения кровянистые, незначительные. Предлежащая часть плода не определяется.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Диагноз и его обоснование?2. Дифференциальная диагностика?3. Факторы риска и причины развития данного осложнения?

	<p>4. Акушерская тактика?</p> <p>5. Профилактика данной патологии у беременной?</p>
Ответ	<p>1. Беременность 40 недель. I период срочных родов. Осл: Прэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая внутриутробная гипоксия плода</p> <p>2. Экстренное кесарево сечение, интенсивная терапия прэклампсии тяжелой степени, гемотрансфузия.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 3</p> <p>Первобеременная 24 лет поступила через 10 часов после начала родовой деятельности. Околоплодные воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное, II позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, до 160 уд.в мин., аритмичное.</p> <p>Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди.</p> <p>1. Диагноз и его обоснование?</p> <p>2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Факторы риска и причины развития данного осложнения?</p> <p>4. Акушерская тактика?</p> <p>5. Профилактика данной патологии у беременной?</p>
Ответ	<p>1. Беременность 40 недель. II период родов в головном предлежании, II позиция, передний вид. Осл: Острая внутриутробная гипоксия плода.</p> <p>2. Ускорение родоразрешения путем проведения вакуум-экстракции плода с последующим ручным обследованием полости матки.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 4</p> <p>Роженица поступила через 3 часа от начала родовой деятельности. Беременность 5-ая, роды 5-ые. Все предыдущие беременности и роды протекали без осложнений.</p> <p>При наружном акушерском обследовании установлено: через брюшную стенку прощупывается головка плода справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода отчетливое, на уровне пупка, 144 уд.в минуту, ритмичное, приглушено. Через 30 мин. После поступления отошли светлые околоплодные воды.</p> <p>При влагалищном исследовании: открытие маточного зева на 4 см, предлежащая часть не определяется, плодного пузыря нет. Мыс не достигается, деформаций костного таза нет.</p> <p>1. Диагноз и его обоснование?</p> <p>2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Факторы риска и причины развития данного осложнения?</p> <p>4. Акушерская тактика?</p> <p>5. Реабилитация после родоразрешения в условиях женской консультации?</p>
Ответ	<p>1. Беременность 40 недель. I период срочных родов. Поперечное положение плода, II позиция. Осл: Раннее излитие околоплодных родов.</p>

	2. Кесарево сечение.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 5</p> <p>Первородящая 30 лет, беременность 1-ая, доношенная, за 4 часа до поступления в роддом до начала родовой деятельности отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интенсивные. Размеры таза 26-26-31-19 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, аритмичное, справа ниже пупка.</p> <p>Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз.</p> <p>Во влагалище определяется пульсирующая пуповина. Диагональная конъюгата – 10 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Дайте обоснование диагноза 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Реабилитация после родоразрешения в условиях женской консультации?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании, I позиция. Осл: Преждевременное излитие околоплодных вод. Выпадение пуповины. Острая внутриутробная гипоксия плода. Соп: Плоскоракхитический таз, сужение I ст. 2. Экстренное кесарево сечение.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 6</p> <p>Беременная 35 лет поступила в роддом по поводу отхождения околоплодных вод. Беременность доношенная. Родовой деятельности нет.</p> <p>Беременность 2-ая, роды 2-е. Предыдущие роды протекали без осложнений. Общее состояние удовлетворительное, АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 72 уд. в.мин., ритмичный. Размеры таза 25-28-31-20. Положение плода продольное, спинка слева. Сердцебиение плода ритмичное, 136 уд.в мин.</p> <p>Влагалищное исследование: шейка матки длиной до 1,5 см, расположена по центру таза, мягкая на всем протяжении. Шеечный канал проходим для 2 поперечных пальцев. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз, плодного пузыря нет. Мыс не достигается, деформации таза нет. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Профилактика данной патологии у беременной?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 40 недель. Головное предлежание. Осл: Преждевременное излитие околоплодных вод. 2. Провести медродовозбуждение окситоцином 5 Ед на физ.растворе 250 мл. Оценка родовой деятельности через 3 часа. При отсутствии эффекта – кесарево сечение.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 7</p> <p>Первобеременная 23 лет доставлена в роддом на 36-й неделе</p>

	<p>беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в эпигастрии, нарушение зрения. Жалобы появились 3 часа назад. По даннм женской консультации – белок в моче 3,0 г/л. От госпитализации беременная отказалась. При поступлении АД 180/110 мм рт. ст., пульс 90 уд.в мин., напряженный, пастозность голеней. Вскоре после поступления появились один за другим три припадка судорог. Сознание между припадками затемнено. Размеры таза 25-28-31-20. Положение плода продольное, I позиция. Предлежащая часть плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 132 уд.в мин.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Какие ошибки были допущены при ведении беременной?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 35-36 недель. Головное предлежание, I позиция. Осл: Эклампсия беременных. 2. Неотложная помощь при эклампсии. ИВЛ. Эндотрахеальный наркоз. Кесарево сечение. 3. Поздняя диагностика гипертензивных расстройств у беременных и поздняя госпитализация, отсутствие своевременного лечения преэклампсии.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 8</p> <p>Повторнородящая 28 лет, поступила в роддом при сроке беременности 40 недель. Размеры таза 25-28-32-20. При обследовании выявлено поперечное положение плода, головка слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода 130 уд.в мин., ритмичное, на уровне пупка. Предполагаемый вес плода – 3100. Влагалищное исследование: открытие маточного зева на 8 см, плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс не достигается.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Реабилитация после родоразрешения в условиях женской консультации?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов. Осл: Поперечное положение плода II позиция. 2. Кесарево сечение.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 9</p> <p>Первобеременная 23 лет поступила в роддом с доношенной беременностью, отхождением околоплодных вод 2 часа назад. При поступлении АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 76 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. Окружность живота 115 см, высота стояния дна матки 42 см. Положение плода продольное. Над входом в таз определяется объемистая, с неровными контурами, подвижная крупная часть. Сердцебиение плода определяется слева ниже пупка, отчетливое, 132 уд.в мин.</p>

	<p>Размеры таза 23-26-29-18. Схватки умеренной силы, регулярные. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 5-6 см. Предлежат ягодицы плода, слегка прижаты ко входу в малый таз. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец обращен кзади и вправо. Ножки плода не определяются. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дифференциальная диагностика? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Реабилитация после родоразрешения в условиях женской консультации?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 40 недель. I период родов в чистоягодичноспредлежании, вторая позиция, задний вид. Осл: Раннее излитие околоплодных вод. Соп: Общеравномерносуженный таз I ст. Крупный плод. 2. Кесарево сечение.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 10</p> <p>Роды третьи у 28-летней женщины, поступившей в роддом через 9 часов после начала схваток. Первая беременность протекала без осложнений, закончилась преждевременными родами, ребенок жив. Вторые роды 1 год 2 мес. назад по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, ребенок жив. Данная беременность протекала без осложнений. При поступлении t^0 тела 36,6 С°, пульс 72 уд. в мин., хорошего наполнения. Матка увеличена соответственно доношенному сроку беременности, окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 38 см. размеры таза 22-26-29-17 см. Схватки регулярные, болезненные.</p> <p>Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 5-6 см, края тонкие. Предлежит головка плода, слегка прижата ко входу в малый таз. Плодный пузырь цел, наливается во время схваток. Диагональная конъюгата 8 см. После одной резко болезненной схватки родовая деятельность прекратилась, состояние ухудшилось: падение пульса, холодный пот. Контуры матки изменились: слева от средней линии живота – округлое тело, справа – плод.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дифференциальная диагностика? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Реабилитация после родоразрешения в условиях женской консультации?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 40 недель. I период срочных родов в головном предлежании. Осл: Разрыв матки по рубцу. Общеравномерносуженный таз II степени. Отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды, кесарево сечение). Соп: Геморрагический, болевой шок. 2. Лапаротомия, одновременно провести борьбу с шоком, гемотрансфузия. Экстирпация матки. 3. Поздняя госпитализация. Отсутствие оценки несоответствия несостоятельности рубца на матке, сужения таза. Необходимо было родоразрешить операцией кесарева сечения в плановом

<p>ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.</p>	<p>порядке.</p> <p>ЗАДАЧА 11</p> <p>Больная А., 44 лет, жалобы на задержку менструаций на 5 недель, периодические ноющие боли внизу живота, тошноту. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные через 28-30 дней по 3-4 дня, умеренные, безболезненные. В последний год менструальный цикл неустойчивый, через 28-60 дней, по 3 - 10 дней, последняя менструация 9 недель назад. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Всего было 6 беременностей, 2 из которых закончились родами, 4 - искусственными абортами. Последний аборт 5 лет назад, осложнившийся двусторонним аднекситом. От беременности предохраняется с помощью презерватива.</p> <p>В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки цианотична. Симптом зрачка отрицательный. Выделения бели, незначительные. Бимануально: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, мягковато; на пальпацию реагирует сокращением. Область перешейка размягчена. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются. Параметральная клетчатка мягкая.</p> <p>УЗИ органов малого таза: матка увеличена до 8-9 недель беременности. В полости матки плодное яйцо с эмбрионом, соответствующим 8-9 нед беременности. Сердцебиение (+), движение(+). Хорион без участков отслойки. Шейка матки 35 мм, цервикальный канал закрыт. Заключение: беременность 8-9 недель.</p> <p>Диагноз и его обоснование?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференциальная диагностика? 2. Тактика ведения пациентки? 3. Организация медицинской помощи беременным. 4. Реабилитация пациентки в условиях женской консультации?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 8-9 недель. 2. Тактика ведения данной пациентки зависит от ее желания. Если она планирует сохранить данную беременность, то она должна быть взята на диспансерный учет. При этом проводится соответствующее обследование. Если же она планирует прерывание беременности, то это можно сделать до 12 недель хирургическим или медикаментозным путем.
<p>ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.</p>	<p>ЗАДАЧА 12</p> <p>Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота и умеренные кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней по 3 - 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя - 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Всего было 4 беременности, две из которых закончились нормальными родами, две - искусственными абортами без осложнений. Считает себя беременной, беременность желанная.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс - 72 в мин., АД -110/70. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотична, шейка матки цилиндрической формы, укорочена. Выделения из цервикального канала темные, кровянистые.</p>

	<p>Бимануально: тело матки увеличено до 11 - 12 недель беременности мягковато, подвижно, безболезненно. Шейка матки длиной около 3 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки матки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.</p> <p><i>УЗИ:</i> В полости матки плодное яйцо с эмбрионом. КТР соответствует 12 неделям, С/б (+), Дв (+). Аномалий развития не выявлено. Хорион с участком отслойки по нижнему полюсу плодного яйца размером 10x15 мм. Шейка матки 35 мм, канал закрыт. Заключение: начавшийся самопроизвольный выкидыш при беременности 11 - 12 недель.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дифференциальная диагностика? 3. Тактика ведения пациентки? 4. Организация медицинской помощи беременным. 5. Реабилитация пациентки в условиях женской консультации?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Беременность 11-12 нед. Угрожающий самопроизвольный аборт. 2. План лечения: <ul style="list-style-type: none"> • госпитализация с целью обследования, а также создания физического психического и полового покоя, • гемостатическая терапия (транексамовая кислота), • препараты прогестерона.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 13</p> <p>Первородящая 20 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов, утомлена. Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30, слаб умеренно болезненные. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд.в 1 мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. При влажалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка плода, плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Дифференциальная диагностика? 4. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 5. Акушерская тактика?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Беременность 39-40 недель, 1 период 1 родов в головном предлежании, первая позиция передний вид. Осл: Первичная слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь. 2. Амниотомия. При отсутствии динамики через 2 часа, показано медродоусиление окситоцином. Для капельного введения окситоцина целесообразно использовать инфузomat). Если введение окситоцина, в достаточной дозе, в течение 2 ч не усиливает сокращения матки и не способствует увеличению раскрытия шейки матки, то дальнейшая или повторная инфузия его нецелесообразна. При этом можно поставить вопрос о кесаревом сечении.
ОПК-2/ОПК-2.2	ЗАДАЧА 14

ПК-3/ПК-3.2.	<p>Роженица 28 лет, повторнородящая с нормальными размерами таза, поступила на родоразрешение с регулярной родовой деятельностью. АД-170/110 мм рт.ст., выраженные отеки. Через 2 часа после поступления - припадок эклампсии. Сердцебиение плода 145 уд/мин, глуховатое. Влагалищное исследование: плодного пузыря нет, раскрытие маточного зева полное. Головка в узкой части малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза? 3. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 4. Акушерская тактика? 5. Какие ошибки были допущены при ведении беременной?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Беременность 39-40 недель. II период срочных родов. Осл: Эклампсия. 2. Ошибки ведения: недооценка тяжести состояния роженицы. 3. Тактика врача: неотложная помощь при эклампсии; вакуум-экстракции плода.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 15</p> <p>Повторнородящая 30 лет с регулярной родовой деятельностью в течение 5-и часов доставлена в родильное отделение. При осмотре: схватки по 50 - 60 сек., регулярные. Положение плода продольное предлежит тазовый конец, прижат к плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное 80 - 100 уд/мин., выслушивается слева выше пупка. Околоплодные воды излились 15 минут назад. При влагалищном исследовании: тонус мышц тазового дна сохранен, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7-8 см. Плодного пузыря нет. Подтекают околоплодные воды. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Предлежит тазовый конец (пальпируются ягодицы, межягодичная щель, крестец), прижат к плоскости входа в малый таз. Таз емкий, мыс не достигаем, экзостозов нет. На КТГ: выраженные атипические переменные децелерации на фоне брадикардии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз и его обоснование? 2. Факторы риска и причины развития данного осложнения? 3. Акушерская тактика? 4. Какие ошибки были допущены при ведении беременной? 5. Организация медицинской помощи беременным.
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беременность 39-40 недель. I период срочных родов. Продольное положение, первая позиция передний вид, тазовое (чисто-ягодичное) предлежание. Осл: Нарастающая гипоксия плода. Выпадение петли пуповины. 2. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Показания: выпадение петли пуповины при неготовых родовых путях, тазовое предлежание, нарастающая гипоксия плода. 3. Необходимо было провести родовую госпитализацию в ОПБ для решения вопроса о наиболее рациональном способе родоразрешения при тазовом предлежании и предупреждении возможных осложнений.
ОПК-2/ОПК-2.2	ЗАДАЧА 16

ПК-3/ПК-3.2.	<p>Больная 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные месячные и сукровичные скудные выделения в течение 3-4 дней после месячных. Больной себя считает в течение года, когда после мед. аборта, осложнившегося метроэндометритом, появились вышеуказанные симптомы. Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРЗ, хронический гепатохолестит. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последний год - менструации стали по 6-7 дней, обильные, болезненные в первый день. Последние месячные 10 дней назад в срок. Половая жизнь с 19 лет, брак первый, зарегистрирован. Роды одни, 4 мед. аборта, последний год назад. Состояние удовлетворительное, пульс 72 в мин, ритмичный, АД 120/80, температура 36,0°. Со стороны сердца, дыхательной, мочевыделительной систем патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При вагинальном осмотре: слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки несколько увеличено, плотноватой консистенции, с ровными контурами, придатки не определяются.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 4. Принципы назначения антибактериальной и противовоспалительной терапии. 5. Методы профилактики обострения воспалительного процесса матки.
Ответ	<p>Диагноз: Хронический эндомиометрит. План ведения: профилактика обострения воспалительного процесса матки, гормональная контрацепция с учетом наличия хронического гепатохолестита (инъекционные, трансвагинальные и др.).</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 17</p> <p>Больная 29 лет была доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота в течение 6 часов. Заподозрено наличие перекрута ножки кисты и в экстренном порядке больной произведена лапаротомия. При ревизии органов малого таза обнаружен перекрут ножки кисты на 360°, в состав которой вошли - анатомическая ножка, труба, большой сальник. Цвет ножки обычный, хирург, раскрутив ножку, освободил трубу и сальник и удалил кисту путем пересечения анатомической ножки опухоли.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 4. Оцените тактику врача. 5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки.

Ответ	Тактика хирурга ошибочна. Объем оперативного вмешательства - андекскэктомия путем пересечения хирургической ножки ниже перекрута кисты яичника. При раскручивании хирургической ножки кисты яичника возможно грозное осложнение - тромбоз эмболия.
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 18</p> <p>Машиной скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена больная 32 лет, с жалобами на боли внизу живота, появившиеся после месячных, температура 38,8°. При осмотре найден гнойный эндоцервицит, острый метроэндометрит, 2-х сторонний аднексит. Врач, подозревая наличие восходящей гонореи, назначает противовоспалительную терапию и комбинированную провокацию пирогеналом с инстилляциями протаргола.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 4. Оцените тактику врача. 5. Какое грозное осложнение можно ожидать у данной пациентки.
Ответ	<p>Диагноз: Острый двухсторонний аднексит, метроэндометрит, эндоцервицит.</p> <p>Тактика врача ошибочна - не следовало назначать при подозрении на восходящую гонорею гонорею комбинированную провокацию.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 19</p> <p>Больная 28 лет поступила в клинику 12.10. с жалобами на отсутствие менструации, бесплодие в течении 2-х лет. Менструации не было ни разу. Женщина из двойни, в детстве росла здоровой, у сестры-близнеца менструация с 15 лет, по 3-4 дня, через 28 дней. Сестры внешне совершенно не похожи. Половой жизнью живет с 25 лет, не предохраняется, беременностей не было. В течении года получала циклическую гормональную терапию. После каждого цикла были скудные кровянистые выделения, продолжающиеся в течение 3-х дней. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост высокий, 176 см, питание повышенное, масса тела 82 кг. Наибольшее отложение жира в области бедер и живота. Молочные железы конической формы, околососковый кружок не пигментирован, сосок не возвышается. Гинекологический статус: наружные половые органы гипотрофичны, оволосение скудное. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, выделения скудные, слизистые, симптом "зрачка" отрицательный, тело матки в anteversioflexio маленькое, шейка плотная, в 2 раза длиннее матки. Придатки не определяются. Своды и параметрии свободны.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска при данной патологии. 3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию?

	<p>4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз?</p> <p>5. Тактика ведения данной пациентки в условиях женской консультации.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Задержка полового развития (I аменорея, генитальный инфантилизм), I бесплодие.</p> <p>План обследования: УЗИ, ТФД, гормональные исследования.</p> <p>Консультация окулиста (глазное дно, периферические поля зрения), невропатолога (РЭГ, ЭЭГ, снимок черепа, по показаниям КТ), эндокринолога.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 20</p> <p>К врачу женской консультации обратилась женщина 22 лет, с жалобами на отсутствие беременности в течение 2-х лет регулярной половой жизни. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, регулярные, скудные, безболезненные, гинекологические заболевания отрицает. При вагинальном осмотре: шейка матки конической формы, длинная, зев точечный, тело матки в anteversioflexio нормальных размеров, придатки не увеличены, подвижные, безболезненные, выделения из половых путей скудные, слизистые. Своды и параметрии свободны.</p> <p>1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3.С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5.Тактика ведения данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Данный случай можно отнести к бесплодию.</p> <p>Тактика врача женской консультации - направить супружескую пару в ЦПС для обследования и уточнения причины бесплодного брака.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 21</p> <p>Больная 25 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на нерегулярные месячные, бесплодие, повышенное оволосение над верхней губой и подбородке. Из анамнеза выяснено: первые месячные с 14 лет, до настоящего времени не установились, приходят с задержками от 3 до 6 месяцев, скудные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Брак зарегистрирован. Муж здоров. Сперма фертильна. От беременности не предохранялась. Беременностей не было. Наследственность не отягощена. Молочные железы развиты слабо. Ореолы мало пигментированы, вокруг них одиночные грубые волоски. Над верхней губой, на подбородке, по задним поверхностям бедер, на голенях повышенный рост волос. При вагинальном осмотре: оволосение по мужскому типу, наружные половые органы сформированы правильно, шейка конической формы, зев точечный, выделения из половых путей скудные, слизистые, тело матки меньше нормальных размеров, плотное, отклонено кпереди, подвижное, безболезненное. С обеих сторон определяются увеличенные яичники, справа 6x5x3 см, слева 5x4x3 см. Своды и параметрии свободны.</p>

	<p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Факторы риска и причины данной патологии.</p> <p>3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз?</p> <p>5. Тактика ведения данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Склерополикистозные яичники.</p> <p>Для подтверждения диагноза - УЗИ, лапароскопия с биопсией ткани яичника.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 22</p> <p>Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию по поводу первичного бесплодия (2 года) до – и послеменструальных коричневых выделений из половых путей, продолжающихся 3-4 дня. При вагинальном осмотре: матка в антеверзии, антефлексии, несколько увеличена, неравномерной консистенции. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные. На УЗИ-матка округлой формы, отмечается утолщение задней стенки, эндометрий неоднородный, «пестрый» с очагами диффузной неоднородности.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Факторы риска и причины данной патологии.</p> <p>3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз?</p> <p>5. Тактика ведения данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Аденомиоз, II стадия распространенности.</p> <p>План ведения: 1) дообследование - гистероскопия; 2) гормонотерапия (ОГК).</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 23</p> <p>Больная 36 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда впервые нарушился менструальный цикл: месячные стали длительными по 8 дней, затем удлинились до 10 дней. Не лечилась. Последние 3 месяца месячные стали очень обильными, ощущает слабость, головокружение. Обратилась в женскую консультацию, сразу же была направлена на стационарное лечение и обследование. В анализе крови, содержание гемоглобина-80,0 г/л. При вагинальном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки цилиндрическая, чистая, выделения из половых путей умеренные, кровянистые, зев закрыт, тело матки увеличено до 15 недель беременности за счет множества узлов диаметром от 2 до 5 см, плотное, ограничено подвижное, придатки слева и справа не увеличены.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Факторы риска и причины данной патологии.</p> <p>3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную</p>

	<p>патологию?</p> <p>4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз?</p> <p>5.Тактика ведения и объём оперативного вмешательства у данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Миома матки (15 нед.). Гиперполименорея.</p> <p>Тактика врача: предоперационная подготовка, оперативное лечение (удаление матки без придатков).</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 24</p> <p>Больная 26 лет поступила 18.09. с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, пояснице. Больной себя считает в течение 2 лет, когда после медицинского аборта было воспаление придатков, лечилась 2 недели в стационаре. Перенесенные заболевания: аппендэктомия в детстве, ангина. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние месячные 10.09 в срок. Половая жизнь с 22 лет, брак 1, зарегистрирован, роды I в 1995 году, медицинский аборт I. От беременности не предохраняется. При поступлении живот при пальпации мягкий, безболезненный. При вагинальном осмотре слизистая влагалища и шейки матки чистая, выделения слизистые, тело матки нормальной величины и консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон тяжистые, плотные, умеренно болезненные.</p> <p>1.Ваш предположительный диагноз и его обоснование.</p> <p>2. Факторы риска и причины данной патологии.</p> <p>3.С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию?</p> <p>4.Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз?</p> <p>5.Тактика ведения данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Обострение хронического двухстороннего сальпингоофорита.</p> <p>План ведения: дообследование (ОАК, ОАМ, УЗИ, ПЦР, ИФА - для уточнения этиологии) и противовоспалительное лечение.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 25</p> <p>Больная 36 лет поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота тупого характера, аменорею в течении 3-х лет, бесплодие. Анамнез: в детстве перенесла туберкулезный плеврит. Отец был болен туберкулезом легких. Месячные с 14 лет, скудные, болезненные, через 1,5-2 месяца. Последние месячные 3 года назад. Замужем с 18 лет, беременностей не было. При исследовании легких, сердца патологии не выявлено. При вагинальном осмотре: шейка конической формы, выделения скудные, бели, матка нормальных размеров, слегка болезненная, ограничена в подвижности. Справа в области придатков определяется плотное образование, малоподвижное, безболезненное, размером 10x8x7 см, подобное образование и слева размером 6x5x4 см. Проведена проба Коха, оказалась положительной. При ГСГ обнаружено, что полость матки деформирована, имеются дефекты наполнения, трубы четкообразной формы, непроходимы. Произведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб</p>

	<p>крошкovidный скудный, гистологически найдены туберкулезные бугорки.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5. Тактика ведения и прогноз для репродуктивной функции у данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Туберкулезный сальпингоофорит, эндометрит, II аменорея, I трубное бесплодие. План ведения: лечение генитального туберкулеза. Прогноз: в отношении жизни - благоприятный, в отношении восстановления репродуктивной функции - серьезный.</p>
<p>ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.</p>	<p>ЗАДАЧА 26</p> <p>Больная 42 лет находится в гинекологическом отделении второй день. Накануне по поводу родившегося субмукозного узла произведена консервативная миомэктомия, во время операции и в конце кровотечения не было. Через 6 часов появились вначале мажущие, а затем умеренные кровянистые выделения. Дежурным врачом, осмотревшим больную, было назначено дополнительно сокращающие матку средства. После чего кровянистые выделения уменьшились. Утром кровянистые выделения усилились, появились схваткообразные боли внизу живота. Была взята в смотровую комнату. При вагинальном осмотре: наружный зев зияет, тело матки диффузно увеличено до 10-11 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки не определяются. Выделения из половых путей умеренные, кровянистые. Своды и параметрии свободные, зев пропускает палец, за зевом определяется полюс плотного образования. При исследовании кровотечение увеличилось.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 3. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 4. Оцените тактику врача. 5. Какой объем оперативного вмешательства необходим данной пациентке.</p>
Ответ	<p>Диагноз: Миома матки, рождающийся второй субмукозный узел, метроррагия, состояние после консервативной миомэктомии влагалищным путем, 2 сутки. Тактика: была допущена ошибка - после удаления субмукозного узла влагалищным путем не произведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки. Показано: ампутация матки без придатков.</p>
<p>ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.</p>	<p>ЗАДАЧА 27</p> <p>У больной 27 лет на профосмотре выявлена псевдоэрозия, сочетающаяся с неспецифическим гнойным эндоцервицитом (обследована с бак. посевом). В течение 2-х недель проведено</p>

	<p>лечение эндоцервицита с использованием местных и общих методов лечения, аутогемотерапией, в течение следующих 10 дней назначены тампоны с медом. При контрольном осмотре вновь обнаружена псевдоэрозия прежней величины. Врач назначает курс тампонов с облепиховым маслом на 2 недели.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5. Оцените тактику лечения данной пациентки.
Ответ	<p>Тактика врачом избрана неправильно - при отсутствии эффекта консервативной терапии псевдоэрозии шейки матки в течении 3-4 недель показано хирургическое лечение (лазеродеструкция; радиоволновая деструкция).</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 28</p> <p>К врачу женской консультации обратилась женщина 52 лет с жалобами на появившиеся кровянистые выделения после половых сношений. Анамнез: в течение 2-х последних лет у женщины отсутствуют месячные, а из перенесенных гинекологических заболеваний отмечала наличие железистого полипа шейки матки 4 года назад, который был удален в женской консультации. При вагинальном осмотре вновь обнаружен полип цервикального канала, легко кровоточащий при дотрагивании.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5. Тактика ведения данной пациентки.
Ответ	<p>Диагноз: Рецидивирующий полип цервикального канала. Тактика - на данном этапе полипэктомия, раздельное диагностическое выскабливание полости матки, цервикального канала.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 29</p> <p>Больная Т., 46 лет поступила на оперативное лечение по поводу кисты левого яичника. Анамнез: менструальная функция регулярная, Б-0, хронический сальпингоофорит. Киста яичника обнаружена 8 месяцев тому назад. Была направлена на хирургическое лечение, от которого пациентка решила воздержаться. В последние 2 года был установлен диагноз аденомиоза, эндометриозной кисты яичника. Предлагалось оперативное лечение, от которого больная отказывалась. При госпитализации в стационар у больной имели место признаки раздражения брюшины. При вагинальном осмотре: шейка матки чистая, коническая, матка увеличена до 7-8 недель беременности, ограниченно подвижная, болезненная, слева определяется ограниченно подвижная опухоль размером 9x10</p>

	<p>см, плотноватой консистенции, болезненная, справа в области придатков определяется опухоль размером 6х7 см. плотной консистенции, бугристая, болезненная.</p> <p>Установлен диагноз двухсторонние кисты яичников, перекрут ножки кисты. Сделана срочная лапаротомия. Обнаружен перекрут ножки кисты левого яичника, ретроцервикальный эндометриоз, аденомиоз, опухоль правого яичника. На разрезе опухоли яичников содержат сосочковые разрастания. Произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Гистологический диагноз - рак яичников. Послеоперационный период без осложнений.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3. Оценить тактику ведения данной пациентки. 4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5. Реабилитация больной в послеоперационном периоде.</p>
Ответ	<p>1. При установлении диагноза эндометриозной кисты яичника было показано оперативное лечение (2 года тому назад).</p> <p>2. Грубая ошибка, что при установлении диагноза опухоли яичника, операция производится только через 8 месяцев от момента направления на операцию.</p> <p>3. Во время лапаротомии нужно было сделать срочную биопсию, удаление сальника.</p>
ОПК-2/ОПК-2.2 ПК-3/ПК-3.2.	<p>ЗАДАЧА 30</p> <p>Больная Р. 25 л. Обратилась в ж/к по поводу обильных гнойных выделений из половых путей, зуд, чувство жжения.</p> <p>Анамнез: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 22 лет в браке. Родов - 2, аборт - 2. Контрацепция - гормональные таблетки.</p> <p>При вагинальном осмотре: слизистая влагалища гиперемирована, выделения жидкие, гнойные, пенистые, шейка цилиндрическая, гиперемирована, своды свободны, матка в anteversio, не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. В мазке из влагалища на степень чистоты выявлены трихоманады.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование. 2. Факторы риска и причины данной патологии. 3. С каким заболеванием надо дифференцировать данную патологию? 4. Какие лабораторные методы исследования и инструментальные методы диагностики помогут уточнить диагноз? 5. Тактика ведения данной пациентки.</p>
Ответ	<p>Диагноз: трихомонадный кольпит.</p> <p>Лечение: трихопол по 0,5х2 в день в течение 10 дней. Лечение обоих партнеров, контрольные мазки в течение 3-х месяцев после лечения.</p>

ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

« Акушерство и гинекология » (наименование дисциплины)

Проведение экзамена по дисциплине «Акушерство и гинекология» как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам и заданным вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по дисциплине;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на экзамене;
5. определить умение и навыки выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения) заполняется разработчиком.

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования ребенка, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные

этиопатогенетические препараты с указанием возрастных дозировок, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска) заполняется разработчиком.

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического, полового развития, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов).

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты).