

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

**Фонд оценочных средств
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Направление подготовки
31.06.01 «Клиническая медицина»

Профиль подготовки
«Акушерство и гинекология»

Форма обучения
очно

I. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Формой промежуточной аттестации дисциплины «Акушерство и гинекология» является экзамен (кандидатский экзамен).

II. ВИД ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вид промежуточной аттестации (собеседование, тестовый контроль текстовый, решение ситуационных задач)

III. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ ДИСЦИПЛИНОЙ ИЛИ В ФОРМИРОВАНИИ КОТОРЫХ УЧАСТВУЕТ ДИСЦИПЛИНА

Код компетенции	Содержание компетенций (результаты освоения ООП)	Содержание показателей освоения компетенций, в реализации которых участвует дисциплина
УК– 5	Способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности	Знать: - сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности Код 31 (УК-5); - нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности Код 32(УК-5) Уметь: - принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности Код У1 (УК-5) - осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность Код У3 (УК-5) Владеть: - навыками организации работы исследовательского коллектива на основе соблюдения принципов про-

		<p>фессииональной этики Код В2 (УК-5)</p>
ОПК – 4	<p>Способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины</p>	<p>Знать: - методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач Код З1 (ОПК-4); основные понятия и объекты интеллектуальной собственности, правила составления и подачи заявки на выдачу патента на изобретение Код З2 (ОПК-4); Уметь: - находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан; Код У1 (ОПК-4); - находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан Код У1 (ОПК-4) анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов Код У3(ОПК-4) Владеть: - навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач в области здравоохранения; Код В1 (ОПК-4)</p>
ОПК-5	<p>Способность и готовность к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных</p>	<p>Знать: современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики</p>

		<p>для получения научных данных</p> <p>Код 31 (ОПК-5); возможности использования лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных, в том числе на иностранном языке</p> <p>Код 32 (ОПК-5); Уметь: применять разные методы и подходы к решению одних и тех же научных задач с использованием лабораторных и инструментальных баз</p> <p>Код У2 (ОПК-5); определить объем необходимых лабораторно-инструментальных методов исследований</p> <p>Код У3 (ОПК-5) Владеть: навыками интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики</p> <p>Код В1(ОПК-5) современными эффективными способами интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики на государственном и иностранном языках</p> <p>Код В2 (ОПК-5)</p>
ПК-2	Способность к теоретическому и прикладному изучению ранней диагностики, современной терапии и профилактики гинекологических заболеваний, совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, их плодам и новорожденным	<p>Знать: - современные теоретические и экспериментальные методы научного исследования в области акушерства и гинекологии;</p> <p>Код 31 (ПК-2) - основные проблемы акушерства и гинекологии, требующие решения в научной деятельности, относящиеся к профессиональной сфере</p> <p>Код 35 (ПК-2) Уметь: - использовать прикладные программы (диагностическое оборудование) для про-</p>

		<p>ведения и обработки результатов исследования в области акушерства и гинекологии;</p> <p>Код У2 (ПК-2) - формулировать цели и задачи научных исследований в области акушерства и гинекологии;</p> <p>Код У4 (ПК-2) Владеть: способами и средствами получения, хранения, переработки научной и профессиональной информации</p> <p>Код В1(ПК-2) - основными навыками проведения теоретического или экспериментального исследования в рамках поставленной задачи в области акушерства и гинекологии;</p> <p>- Код В3 (ПК-2)</p>
<p>ПК-3</p>	<p>Способность к разработке предложений по совершенствованию научных подходов к оптимизации репродуктивного здоровья женщины в различные периоды жизни, опираясь на отечественный и зарубежный опыт</p>	<p>Знать: - современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в области акушерства и гинекологии;</p> <p>Код 31 (ПК-3) современные методы и технологии проведения научной коммуникации по профилю подготовки на государственном и иностранном языках</p> <p>Код 33 (ПК-3) - актуальные проблемы и тенденции развития акушерства и гинекологии, современные способы, методы и технологии проведения научно-исследовательской работы;</p> <p>Код 34 (ПК-3) Уметь: -самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области акушерства и гинекологии;</p>

		<p>Код У1 (ПК-3) -использовать современные диагностические и лечебные технологии для оптимизации женского репродуктивного здоровья в различные периоды жизни;</p> <p>Код У3 (ПК-3) Владеть: -навыками поиска научной информации;</p> <p>Код В2 (ПК-3) - навыками разработки и усовершенствования методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов, гинекологических заболеваний.</p> <p>Код В3 (ПК-3)</p>
--	--	--

IV. ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код компетенции	Дисциплины	Семестр
УК-5	История и философия науки	1-2
	Акушерство и гинекология	5
	Педагогика и психология высшей школы	3
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Профессиональная культура и этика преподавания ВУЗа	5
	Тьюторство в системе высшего образования	5
	Научно-исследовательская деятельность	2-6
ОПК-4	История и философия науки	1-2
	Акушерство и гинекология	5
	Научно-исследовательская деятельность	5-6
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки	4

	матки	
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	5-6
ОПК-5	Иностранный язык	1-4
	Акушерство и гинекология	5
	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности научно-исследовательская	5
	Научно-исследовательская деятельность	2-6
	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	2-6
ПК-2	Акушерство и гинекология	5
	Количественные методы обработки анализа данных в медико-биологических исследованиях	3
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности научно-исследовательская	5
	Научно-исследовательская деятельность	1-6
	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	1-6
ПК-3	Акушерство и гинекология	5
	Иностранный язык в сфере профессиональной коммуникации	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности научно-исследовательская	5
	Научно-исследовательская деятельность	1-6

	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	1-6
--	--	-----

V. ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Разделы дисциплины	Коды компетенций и показателей освоения компетенций				
	УК-5	ОПК-4	ОПК-5	ПК-2	ПК-3
Семестр 5	31 (УК-5) 32(УК-5) У1(УК-5) У3(УК-5) В2(УК-5)	31 (ОПК-4) 32(ОПК-4) У1 (ОПК-4) У3(ОПК-4) В1(ОПК-4)	31 (ОПК-5) 32(ОПК-5) У2(ОПК-5) У3(ОПК-5) В1(ОПК-5) В2(ОПК-5)	31(ПК-2) 35(ПК-2) У2 (ПК-2) У4 (ПК-2) В1(ПК-2) В3(ПК-2)	31(ПК-3) 33(ПК-3) 34(ПК-3) У1 (ПК-3) У3 (ПК-3) В2(ПК-3) В3(ПК-3)
Раздел 1	-	31 (ОПК-4)	-	У2 (ПК-2) У4(ПК-2)	33(ПК-3) В2(ПК-3)
Раздел 2	-	У3 (ОПК-4)	-	В3(ПК-2)	-
Раздел 3	-	32(ОПК-4)	У3(ОПК-5)	-	31(ПК-3) В3(ПК-3)
Раздел 4	-	В1(ОПК-4)	У2(ОПК-5) 31(ОПК-5)	31(ПК-2)	-
Раздел 5	31 (УК-5) 32(УК-5) У1(УК-5) У3(УК-5) В2(УК-5)	-	32(ОПК-5)	-	У3 (ПК-3)
Раздел 6	-	У1(ОПК-4)	В1(ОПК-5)	35(ПК-2)	31(ПК-3)
Раздел 7	-	-	32 (ОПК-5)	В1 (ПК-2)	У1(ПК-3) У3(ПК-3)

VI. ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В СООТВЕТСТВИИ С ФОРМИРУЕМЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ

Код компетенции и ее показателей освоения	Формы оценочных средств	
	Текущая аттестация	Промежуточная

				аттестация	
Раздел 1	ОПК- 4	У3(ОПК-4)	Тесты Ситуационные задачи	собеседование	
	ПК 2	У2 (ПК-2) У4(ПК-2)			
	ПК 3	33(ПК-3) В2(ПК-3)			
Раздел 2	ОПК- 4	У3 (ОПК-4)	Тесты Ситуационные задачи	собеседование	
	ПК 2	В3(ПК-2)			
Раздел 3	ОПК- 4	32(ОПК-4)	Тесты Ситуационные задачи	собеседование	
	ОПК-5	У3(ОПК-5)			
	ПК 3	31(ПК-3) В3(ПК-3)			
Раздел 4	ОПК- 4	В1(ОПК-4)	Тесты Ситуационные задачи	собеседование	
	ОПК-5	У2(ОПК-5) 31(ОПК-5)			
	ПК 2	31(ПК-2)			
Раздел 5	УК-5	31(УК-5) 32(УК-5) У1(УК-5) У2(УК-5) В1(УК-5)	Тесты	собеседование	
		ОПК-5			32(ОПК-5)
		ПК 3			У3 (ПК-3)
Раздел 6	ОПК- 4	У1(ОПК-4)	Тесты	собеседование	
	ОПК-5	В1(ОПК-5)			
	ПК 2	35(ПК-2)			
	ПК 3	31(ПК-3)			
Раздел 7	ОПК-5	32 (ОПК-5)	Тесты	собеседование	
	ПК 2	В1 (ПК-2)			
	ПК 3	У1(ПК-3) У3(ПК-3)			

VII. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

Раздел 1.

Компетенции: ОПК-4 в части 31(ОПК-4); ПК-2 в части У2(ПК-2), У4 (ПК-2); ПК-3 в части 33(ПК-3), В2(ПК-3).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. Если при ультразвуковом исследовании плаценты определяется ровная хориальная пластина и гомогенная паренхима, то ее зрелость следует оценить как:

- 1) **0.**
- 2) I.
- 3) II.
- 4) III.
- 5) не подлежит оценке.

2. В акушерстве плановые скрининговые УЗИ выполняются в сроки беременности:

- 1) 12-13 нед.
- 2) 22-24 нед.
- 3) 32 нед.
- 4) в любом сроке до 10 нед.
- 5) **верно 1), 2), 3).**

3. Толщина воротникового пространства определяется в сроке беременности:

- 1) 20 нед.
- 2) 22 нед.
- 3) **12 нед.**
- 4) 15-17 нед
- 5) 39-40 нед

4. Перинатальный период – это:

- 1) период от зачатия до рождения плода.
- 2) **период с 22 недель беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения.**
- 3) период с момента рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов.
- 4) период с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения.
- 5) период с 28 недель беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 12 месяцев после рождения.

5. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно:

- 1) в 8-9 лет.
- 2) в 10-11 лет.
- 3) **в 12-13 лет.**
- 4) в 14-15 лет.
- 5) в 16-18 лет.

6. Родовая боль возникает вследствие:

- 1) раздражения нервных окончаний матки и родовых путей.
- 2) снижения порога болевой чувствительности мозга.
- 3) снижения продукции эндорфинов.
- 4) **верно 1,2, 3.**
- 5) сдавления органов брюшной полости.

7. В первом периоде родов для обезболивания не применяются:

- 1) ингаляционные анестетики.
- 2) наркотические анальгетики.
- 3) общий наркоз.**
- 4) ненаркотические анальгетики.
- 5) эпидуральная аналгезия.

8. Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является:

- 1) раскрытие шейки матки до 4 см.
- 2) слабость родовой деятельности.
- 3) дискоординация родовой деятельности.**
- 4) отсутствие плодного пузыря.
- 5) дистресс плода.

9. Для обезболивания родов в периоде раскрытия можно применять все перечисленные препараты, кроме:

- 1) закиси азота с кислородом.
- 2) промедола.
- 3) тиопентала натрия.**
- 4) фентанила.
- 5) эпидуральной аналгезии.

10. Проницаемость медикаментозных препаратов через плацентарный барьер обусловлена:

- 1) высокой растворимостью препарата в жирах
- 2) высокой концентрацией в крови
- 3) низкой молекулярной массой
- 4) верно 1), 2), 3).**
- 5) сродством к рецепторам

Ситуационные задачи.

Задача № 1

Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из района в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью. Беременность 7. Роды 4, Самопроизвольных выкидышей 2. Во время данной беременности были отеки конечностей. При отсутствии родовой деятельности. Появились боли в животе и кровотечение. Со слов беременной количество теряемой крови 400 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, не сосчитывается. Артериальное давление не определяется. Температура 35,5°C. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина -Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче блок. Диагноз?

Ответ. Диагноз. Беременность 7-я, 40 недель. Осложнения: многорожавшая, ОАА. Длительный гестоз второй половины беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода. Операции: кесарево сечение. Надвлагалищная ампутации матки без придатка. Гемо- и плазмотрансфузия.

Задача № 2

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum-26 см, distantia cristarum-28 см, distantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз?

Ответ. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.

Задача № 3

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см Вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. и продолжают яркие кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнения, 2 - самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

Какое акушерское кровотечение называется гипотонией матки и с чем оно связано?

Ответ. Гипотонией матки называется акушерское кровотечение, возникающее в течение первых двух часов раннего послеродового периода и связано с нарушением сократительной деятельности матки.

Раздел 2.

Компетенции: ОПК-4 в части У3(ОПК-4); ПК-2 в части В3(ПК-2)

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является:

- 1) малый родничок.
- 2) середина между большим и малым родничками.
- 3) большой родничок.**
- 4) середина лобного шва.
- 5) правильно 4).

2. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются:

- 1) надпереносица.
- 2) верхняя челюсть.
- 3) затылочный бугор.
- 4) правильно 1), 3).**
- 5) правильно 2), 3).

3. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей:

- 1) малому косому размеру.
- 2) среднему косому размеру.
- 3) большому косому размеру.
- 4) прямому размеру.**
- 5) вертикальному размеру.

4. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является:

- 1) середина лобного шва.**
- 2) корень носа.
- 3) большой родничок.
- 4) малый родничок.
- 5) правильно 3.)

5. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:

- 1) путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода.
- 2) с помощью атипичных акушерских щипцов.
- 3) путем кесарева сечения.**
- 4) с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами.
- 5) с применением рассечения шейки матки и промежности.

6. Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода:

- 1) возможны.
- 2) невозможны.**
- 3) требуют индивидуального подхода.

- 4) зависит от массы плода.
- 5) верно 3), 4).

7. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером?

- 1) при переднем виде затылочного предлежания.
 - 2) при заднем виде затылочного предлежания.
 - 3) при переднеголовном предлежании.
 - 4) при лобном предлежании.**
 - 5) при лицевом предлежании.
- 00010

8. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место:

- 1) положительный симптом Вастена.
- 2) задне-теменной асинклитизм.
- 3) потуги при высоко стоящей головке.**
- 4) правильно 1), 2).
- 5) правильно 2), 3).

9. При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкает надпереносье и надбровные дуги, с другой - передний угол большого родничка. В этом случае имеет место предлежание плода:

- 1) затылочное.
- 2) переднеголовное.
- 3) лобное.**
- 4) лицевое.
- 5) правильно 1), 2).

10. Следующий биомеханизм родов: - сгибание головки плода во входе в малый таз, - внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди, - разгибание головки характерен для предлежания:

- 1) переднеголового.
- 2) лобного.
- 3) лицевого.
- 4) затылочного, передний вид.**
- 5) затылочного, задний вид.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

В гинекологический стационар поступила больная М., 46 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Заболела остро, 4 часа назад, после физической нагрузки.

Из анамнеза; менструации с 13 лет, установились сразу, через 4 недели по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. С 43 лет отмечает задержки месячных до 3 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад. Половая жизнь в браке. Имела 2 родов, 3 медицинских аборта. Контрацепция - ВМС.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический гастрит, холецистит, бронхит, воспаление матки и придатков. Последние 3 года гинекологом не осматривалась.

Объективно; общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной

окраски. T - 36,9°C. АД - 125/80 мм. рт. ст. Пульс 88 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Молочные железы без особенностей, отделяемого из сосков нет.

Язык суховат, обложен у края белым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания передняя брюшная стенка участвует ограниченно. Перкуторно - тимпанический звук. Пальпаторно живот мягкий, незначительное напряжение в правой подвздошной области, где отмечается локальная болезненность и нечетко симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. Стул однократно оформленный, мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус; наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки не изменены. Выделения - слизистые бели.

Бимануальное исследование; влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см, наружный зев закрыт.

Тело матки несколько больше нормы, плотное, смещено влево, безболезненное. Левые придатки уплотнены, подтянуты к матке. В области правых придатков определяется образование 8x10x7 см. неравномерной плотности, ограниченно подвижное, болезненное. Своды и параметрий свободны. Смещение шейки матки болезненно.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа. Опухоль правого яичника с нарушением питания.

Задача № 2

Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение больницы с жалобами на боли внизу живота, больше слева, рвоту, сухость во рту, слабость. Данные симптомы появились сегодня, 3 часа тому назад, после физической нагрузки, постепенно боли нарастают. Из анамнез известно, что менструальная и детородная функции без особенностей. Из гинекологических заболеваний перенесла сальпингоофорит, лечилась амбулаторно.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, температура тела - 38,0°C, пульс - 100 в мин, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный в нижнем отделе, больше слева, где определяется напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные.

Гинекологическое исследование: осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, выделения слизистые обильные. При влагалищном исследовании движения за шейку матки болезненны. В области малого таза слева определяется тугоэластическое резко болезненное образование, размерами 8x7x6 см.

Поставить предварительный диагноз.

Эталон ответа. Опухоль левого яичника с нарушением питания. Пельвиоперитонит.

Задача № 3

Больная О., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту, рези при мочеиспускании.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 8 дней назад в срок.

Половая жизнь с 21 года. Имела 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков. Заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективная температура - 39,0°C, пульс - 100 в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, лейкоциты - $17,2 \times 10^9$ /л, СОЭ - 41 мм/ч. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

Поставьте предварительный диагноз. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?

Эталон ответов. Обострение хронического воспаления матки и придатков, пельвиоперитонит (специфической этиологии).

К специфическим воспалительным заболеваниям женских половых органов относится трихомониаз, гонорея, кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кондиломатоз, половой герпес, туберкулез.

Раздел 3.

Компетенции: ОПК-4 в части 32(ОПК-4); ОПК-5 в части У3(ОПК-5); ПК-3 в части 31 (ПК-3), В3(ПК-3).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным:

- 1) все размеры уменьшены на 0.5-1 см.
- 2) хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см.
- 3) все размеры уменьшены на 1.5-2 см.
- 4) хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см.**
- 5) правильно 2).

2. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее:

- 1) 20 см.
- 2) 19.5 см.
- 3) 19 см.
- 4) 18.5 см.**
- 5) 18 см.

3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее:

- 1) 12 см.
- 2) 11.5 см.
- 3) 11 см.**
- 4) 10.5 см
- 5) 10 см

4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет:

- 1) менее 13.5 до 13 см.
- 2) менее 13 до 12.5 см.
- 3) менее 12.5 до 12 см.**
- 4) менее 12 до 11.5 см.
- 5) менее 11.5 до 11 см.

5. Частота анатомически узкого таза составляет:

- 1) 10-8%.
- 2) 7-6%.
- 3) 5-4%.
- 4) 3-2%.**
- 5) менее 2%.

6. При следующих размерах: D.sp - 24 см, D.cr - 27 см, D.tr - 30 см, C.ext - 18 см таз следует отнести:

- 1) к плоскоррахитическому.
- 2) к простому плоскому.**
- 3) к поперечносуженному.
- 4) к косому.
- 5) к общеравномерносуженному.

7. При следующих размерах: D.sp - 26 см, D.cr - 27 см, D.tr - 31 см, C.ext - 17.5 см таз следует отнести:

- 1) к плоскоррахитическому.**
- 2) к простому плоскому.
- 3) к поперечносуженному.
- 4) к косому.
- 5) к общеравномерносуженному.

8. Указанные особенности биомеханизма родов: - длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз; - некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз; - асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной асинклитизм) характерны для следующей формы анатомически узкого таза:

- 1) простой плоский.
- 2) плоско-рахитический.**
- 3) общеравномерносуженный.
- 4) поперечносуженный.
- 5) нормальные размеры таза.

9. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- 1) уменьшение только прямого размера входа в малый таз.
- 2) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза.**
- 3) удлинение крестца.
- 4) правильно 2), 3)
- 5) правильно 1), 2), 3)

10. Простой плоский таз характеризуется:

- 1) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза.**
- 2) увеличением высоты таза.

- 3) уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба.
4) правильно 1), 2), 3).
5) правильно 2).

Ситуационные задачи.

Задача №1

Больная Д., 49 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева.

На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 недель беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась; 2 года назад миома матки увеличилась до 10 недель беременности.

В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота.

Анамнез; в детстве перенесла грипп, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину, брюшной тиф.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок.

Половая жизнь с 30 лет; замужем. Всего было 2 беременности: первая закончилась искусственным абортom (срок 12 недель) без осложнений, вторая - искусственным абортom (срок 7 недель) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась противовоспалительная терапия.

Перенесла гинекологические болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие.

Объективное обследование; состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД- 100/80 мм. рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотное, слегка болезненное образование. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование; шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 недель беременности, с множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная слева. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа. Узловатая миома матки больших размеров с быстрым ростом.

Задача №2

Первобеременная Л., 22 лет, доставлена машиной скорой помощи из женской консультации с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 16 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания - аднексит 2 года назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 18 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 8 нед, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 800 г в неделю с 30 нед. С 32 нед отмечает повышение АД до 140 и 90 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые,

бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 164 см, масса тела 82,5 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 84 в мин. АД - 170/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тоне. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 138 уд/мин. Нестрессовый тест положителен.

Срок беременности по всем данным 36-37 нед. Высота дна матки 29 см, окружность живота - 85 см. Предполагаемый вес плода - 2400 г.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л. Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, тромб - $130,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $5,1 \times 10^9$ /л, п/я - 1 %, с - 63 %, э - 1 %, л - 26 %, м - 9 %, СОЭ - 41 мм/час, Нт - 39 %.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, лейкоциты - 2-4 в п/зрения, эпителий - 5-6 в п/зрения, белок - 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые - 3-4 в п/зрения.

Диагноз?

Эталон ответа. Основной: Беременность 36-37 нед. Головное предлежание. Осложнения: Гестоз тяжелой степени. Преэклампсия. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Фоновое заболевание - хронический пиелонефрит, хронический аднексит, отягощенный акушерский анамнез.

Задача № 3

Беременная, 35 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью, в родах. Беременность 7-я. Протекала без осложнений. Все предыдущие беременности закончились нормальными родами. Воды не отходили. Состояние при поступлении хорошее. Температура $36,6^{\circ}\text{C}$. Артериальное давление 130/80 мм. рт. ст. Пульс 78 уд/мин. Ритмичный. Живот мягкий. Дно матки у мечевидного отростка. ОЖ 118 см. Продольное положение плода, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд/мин, ритмичное, слева ниже пупка, а справа ниже пупка выслушивается сердцебиение с частотой 128 уд/мин. Но определить положение плода второго не удается. Схватки через 4-5 мин по 35 сек., регулярные. Таз: 25-27-32-21.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 п/п. Плодный пузырь цел, выражен при схватке. Над входом в таз определяется подвижная головка. Мыс не достигается. Через 3 часа с момента поступления отходят воды, потуги появляются и через 1,5 часа рождается мальчик с массой 3250 г.

В матке определяется второй плод в поперечном положении, головка слева.

Начинается обильное кровотечение сразу после рождения плода. Общая кровопотеря в родах составила 600.

Диагноз?

Эталон ответа. Преэклампсия при беременности 40 недель. Роды 7-е. Осложнения: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение. Ручное отделение, выделение второго последа.

Раздел 4.

Компетенции: ОПК-4 в части В1(ОПК-4); ОПК-5 в части У2(ОПК-5; 31(ОПК-5); ПК-2 в части 31(ПК-2).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. При нормальном менструальном цикле высокий уровень эстрогенной насыщенности имеет место:

1) на 14-й день.

2) на 18-й день.

3) первые 3 дня менструального цикла.

4) в течение всего цикла.

5) непосредственно перед менструацией.

2. Основное действие эстрогенов на организм:

1) блокируют рецепторы к окситоцину.

2) усиливают пролиферативные процессы в эндометрии.

3) вызывают секреторные преобразования в эндометрии.

4) влияют на образование желтого тела

5) влияют на выработку норадреналина

3. Эстрогены обладают следующим действием:

1) способствуют перистальтике матки и труб.

2) тормозят процессы окостенения.

3) не влияют на активность клеточного иммунитета.

4) стимулируют продукцию ТТГ.

5) стимулируют продукцию кортикостероидов.

4. Гестагены обладают следующим действием:

1) повышают содержание холестерина в крови.

2) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков.

3) понижают тонус матки.

4) активируют образование альдостерона.

5) понижают базальную температуру.

5. Условия действия эстрогенов:

1) достаточный уровень фолиевой кислоты.

2) низкий уровень аскорбиновой кислоты.

3) повышенный уровень кортикостероидов.

4) пониженное содержание фолиевой кислоты.

5) повышенное содержание холестерина.

6. Гестагены обладают следующим влиянием на организм:

1) гипертермическим.

2) усиливают отделение желчи.

3) снижают отделение желудочного сока.

4) повышают уровень кортикостероидов.

5) усиливают мочеотделение.

7. Андрогены образуются:

1) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке).

2) в клубочковой зоне коры надпочечников

3) в гипофизе

4) в поджелудочной железе

5) в щитовидной железе

8. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

1) двуфазность менструального цикла.

2) уровень холестерина.

3) степень чистоты влагалища.

- 4) наличие ИППП.
- 5) наличие атипических клеток.

9. Повышение ректальной температуры тела во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:

- 1) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе.
- 2) действием эстрогенов, которые снижают теплоотдачу.
- 3) снижением биохимических процессов в матке.
- 4) повышением уровня андрогенов.
- 5) снижением уровня пролактина.

10. Пройоменорея – это:

- 1) скудные менструации.
- 2) короткие менструации (1-2 дня).
- 3) короткий менструальный цикл, частые менструации.
- 4) обильные менструации.
- 5) удлинение менструаций.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

Родильница М., 33 лет повторнородящая на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом.

Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность VI, первая беременность закончилась родами, 4-V, медицинскими абортами, 2 из которых осложнились острым эндометритом. Роды длились 19 часов 20 минут. Температура тела 38,6.

Объективно: Кожные покровы влажные, бледность слизистых оболочек. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясное, ритмичное. АД 110/70 на обеих руках. Пульс 92 уд.

Печень и селезенка не пальпируется. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. Матка мягковатая 15 см над лонном, болезненная при пальпации. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с запахом.

Бимануально: Шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки не определяются; своды свободные. Выделения мутные с запахом.

Вопросы: Что подразумевается под термином, послеродовой эндометрит с патологической точки зрения. Возбудители послеродового эндометрита.

Эталон ответа. Под термином послеродовой эндометрит подразумевается воспалительный процесс эндометрия, возникающий в матке в течение 42 дней после родов. Возбудители послеродового эндометрита - грамотрицательная микрофлора, трихомонады, хламидии, а также ассоциации бактерий.

Задача №2

Больная К., 20 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую схваткообразную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, больше справа, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, коревая краснуха, хронический пиелонефрит.

Менструации с 14 лет, по 3-4 дня через 30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 104 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через правый боковой свод определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции, болезненное.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа. Апоплексия яичников. Геморрагический шок I степени тяжести.

Задача № 3

Беременная К., 23 лет, поступила в клинику с жалобами на рвоту до 16 раз в сутки.

Менструации с 15 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последние месячные 7 недель назад. Замужем первый год. Гинекологические заболевания отрицает. Из общесоматических - детские инфекции.

Настоящая беременность первая, больной себя считает 2 недели. Вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота по 2 - 3 раза в день, в последнюю неделю участилась до 15-16 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в массе 5 кг. Беременность желанная.

При поступлении: телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 52 кг, рост 160 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 95/50 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, ослабленного наполнения.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочевыделение редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Анализ крови: эритроцитов $3,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина 104 г/л, лейкоцитов $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 32 мм/ч.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая. Матка в anteversio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7 - 8 недель беременности. Признак Горвица - Гегара положительный. Придатки не определяются. Своды свободные, выделения слизистые умеренные.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа. Беременность 7-8 недель. Чрезмерная рвота беременных. Анемия I ст.

Раздел 5.

Компетенции: УК-5 в части 31(УК-5) 32(УК-5); У1(УК-5); У2(УК-5); В1(УК-5); ОПК-5 в части 32(ОПК-5); ПК-3 в части У3(ПК-3).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. У больных с эндокринным бесплодием применяют кломифен в том случае, если:

- 1) базальная температура повысилась до 37°C.
- 2) КПИ в пределах 10-20%.
- 3) имеется хороший эстрогенный уровень.**
- 4) снижена масса тела.
- 5) верно 1),2).

2. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреозидизма:

- 1) повышение общего тонуса организма.
- 2) зябкость.
- 3) снижение общего тонуса организма.
- 4) верно 2),3).**
- 5) верно 1),2).

3. У больных с аменореей при болезни Симмондса наблюдаются следующие клинические проявления:

- 1) значительное увеличение массы тела.
- 2) преждевременное старение.
- 3) резкое истощение.
- 4) верно 2),3).**
- 5) верно 1), 2).

4. Аменорея при гигантизме связана:

- 1) с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания.
- 2) с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания.**
- 3) с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания.
- 4) с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания.
- 5) верно 1),2).

5. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад исключается, как правило, восстановление:

- 1) менструальной функции
- 2) половой функции
- 3) генеративной функции**
- 4) функции гипофиза
- 5) гипоталамической регуляции

6. Синдром Шерешевского - Тернера – это:

- 1) "чистая" форма дисгенезии гонад.
- 2) типичная форма дисгенезии гонад.**
- 3) "смешанная" форма дисгенезии гонад.
- 4) ложный мужской гермафродитизм.
- 5) ложный женский гермафродитизм.

7. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно:

- 1) к вирилизации.

- 2) к малигнизации.
- 3) к феминизации.
- 4) к атрофии.
- 5) к образованию в нем фолликулярных кист.

8. У больной с аменореей при адипозо-генитальной дистрофии, как правило, показано:

- 1) хирургическое лечение.
- 2) усиление обменных процессов.
- 3) снижение массы тела.
- 4) верно а) и б).
- 5) **все перечисленное.**

9. Лечение больных с аменореей является компетенцией эндокринолога:

- 1) при пангипопитуитаризме.
- 2) при акромегалии и гигантизме.
- 3) при болезни Иценко – Кушинга.
- 4) **верно 1), 2), 3).**
- 5) при маточной форме аменореи.

10. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано:

- 1) проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме.
- 2) **лапароскопия и биопсия яичников.**
- 3) лапароскопия и удаление гонад.
- 4) прогестероновая проба.
- 5) проба с дексаметазоном.

Раздел 6.

Компетенции: ОПК-4 в части У1(ОПК-4); ОПК-5 в части В1(ОПК-5);
ПК-2 в части 35(ПК-2); ПК-3 в части 34(ПК-3).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:

- 1) надпочечниками.
- 2) гипоталамусом.
- 3) яичниками.
- 4) **передней долей гипофиза.**
- 5) щитовидной железой.

2. Атипическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна:

- 1) с железисто-кистозной гиперплазией.
- 2) с эндометриальным полипом.
- 3) с метрэндометриом.
- 4) **с высококодифференцированным раком.**
- 5) с низкокодифференцированным раком.

3. Атипическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще:

- 1) в репродуктивном возрасте.
- 2) в климактерическом возрасте.
- 3) в любом возрасте.
- 4) в периоде постменопаузы.**
- 5) в пубертатном возрасте.

4. Вторая стадия рака эндометрия характеризуется:

- 1) увеличением размеров матки.
- 2) поражением клетчатки таза.
- 3) поражением яичников.
- 4) переходом опухоли на цервикальный канал.**
- 5) поражением маточных труб.

5. Вторым патогенетический тип рака эндометрия, как правило, характеризуется:

- 1) отсутствием обменных нарушений.
- 2) фиброзом яичников.
- 3) железисто-кистозной гиперплазией эндометрия.
- 4) верно 1) и 2).**
- 5) нарушениями становления менструального цикла.

6. Клинические проявления гиперпластических процессов у женщин в репродуктивном периоде:

- 1) ациклические кровотечения.
- 2) длительные задержки менструаций.
- 3) меноррагии.
- 4) ановуляция.
- 5) верно 1), 2).**

7. Уровень эстрогенов и прогестерона при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует таковому:

- 1) в постменопаузе.
- 2) во второй фазе менструального цикла.
- 3) всегда различен.
- 4) в первой фазе менструального цикла.**
- 5) в пременопаузе.

8. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии:

- 1) всех слоев многослойного плоского эпителия.**
- 2) только в поверхностном.
- 3) только в отдельных клетках.
- 4) во всех слоях, кроме поверхностного.
- 5) верно 2), 3).

9. Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

- 1) гематогенный.
- 2) лимфогенный.**
- 3) имплантационный.
- 4) контактный.
- 5) гематоэнцефалический.

10. Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (1, 2, 3) в зависимости:

- 1) от степени распространения опухоли за пределы матки.
- 2) от степени инвазии опухоли в миометрий.
- 3) от величины полости матки.
- 4) от размеров матки.
- 5) от поражения толстого кишечника.

Раздел 7.

Компетенции: ОПК-5 в части 32(ОПК-5); ПК-2 в части В1 (ПК-2); У1 (ПК-2); ПК-3 в части У3(ПК-3).

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (выделены жирным шрифтом).

1. При сочетании миомы и внутреннего эндометриоза тела матки у больной репродуктивного возраста с гиперполименореей и вторичной анемией показана операция:

- 1) экстирпации матки без придатков.
- 2) экстирпация матки с придатками.
- 3) надвлагалищная ампутация матки без придатков.
- 4) **надвлагалищная ампутация матки с трубами с иссечением цервикального канала**
- 5) надвлагалищная ампутация матки с трубами

2. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является:

- 1) надвлагалищная ампутация матки
- 2) экстирпация матки без придатков.
- 3) удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
- 4) **экстирпация матки с придатками.**
- 5) удаление миоматозных узлов и резекция яичников

3. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпинкс:

- 1) один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной кетгутовой лигатурой.
- 2) **несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок кетгутом.**
- 3) один зажим с последующей перевязкой его культи кетгутом без прошивания.
- 4) несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком.
- 5) не прошивать ткани, положить гемостатическую губку.

4. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить:

- 1) поперечный надлобковый якорный.
- 2) поперечный надлобковый по Пфанненштилю.
- 3) поперечный интерилиальный по Черни.
- 4) **нижнесрединный от лона до пупка.**
- 5) аппендикулярный.

5. При аномалиях развития тела матки производятся операции для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет:

- 1) сальпингостомия.
- 2) сальпинголизис.
- 3) имплантация маточных труб в матку.
- 4) метропластика.**
- 5) пересадка яичника в матку.

6. Операция стерилизации женщины по методу Кирхофа не включает:

- 1) лапаротомии.
- 2) рассечения брюшины над маточной трубой.
- 3) выделения трубы и резекции ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами.
- 4) отсечения маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей.**
- 5) погружения культей трубы между листками мезосальпинкса.

7. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается:

- 1) в удалении придатков матки на стороне поражения.
- 2) в надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника.**
- 3) в экстирпации матки с придатками.
- 4) в удалении придатков матки с обеих сторон.
- 5) в надвлагалищной ампутации матки с придатками.

8. В состав хирургической ножки кисты яичника не входит:

- 1) воронко-тазовой связки.
- 2) собственной связки яичника.
- 3) мезовариума.
- 4) трубы.
- 5) круглой связки.**

9. При перекручивании ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет следует производить:

- 1) удаления яичника.
- 2) удаления матки с придатками.
- 3) удаления придатков с обеих сторон.
- 4) удаления придатков на стороне опухоли.
- 5) резекции пораженного яичника.**

10. При операции по поводу ретенционной кисты яичника больной следует произвести (при наличии технической возможности):

- 1) удаление придатков
- 2) удаление яичника
- 3) пункцию кисты и отсасывание содержимого
- 4) резекцию яичника с оставлением неизменной его ткани**
- 5) верно 1).

VIII. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Компетенция: УК-5

Собеседование.

1. Этические основы акушерско-гинекологической помощи.
2. Проблемы интимно-сексуального, психологического, социального и этического характера при акушерско-гинекологическом обследовании.
3. Принципы тактичности и осторожности при беседе и обследовании пациенток с акушерско-гинекологической патологией.
4. Социально-психологические аспекты обследования пациенток во время менструации.
5. Психотерапевтическая работа акушера-гинеколога с пациенткой перед планируемыми хирургическими вмешательствами.
6. Формирование убеждения в благоприятном исходе беременности, родов или гинекологических заболеваний.
7. Понятие информированного добровольного согласия пациентки или её законного представителя на медицинское вмешательство в акушерско-гинекологической практике.
8. Условия допуска пациентки к медицинскому вмешательству без её согласия или законного представителя.
9. Правила доступа к медицинской документации в акушерстве и гинекологии.
10. Понятие права пациентки на конфиденциальность медицинской информации.

Компетенция: ОПК-4

Собеседование.

1. Методы диагностики гнойно-септических заболеваний.
2. Диагностика первого этапа послеродовой гнойно-септической инфекции.
3. Информативные методы диагностики послеродового эндомиометрита, метротромбофлебита.
4. Септический шок в акушерстве: диагностика.
5. Гипертоническая болезнь и беременность. Методы исследования.
6. Беременность и сахарный диабет. Методики исследования.
7. Беременность и заболевания щитовидной железы. Особенности течения беременности, родов. Методики исследования.
8. Методики исследования при ведении беременности, родов при аортальных пороках сердца.
9. Методики исследования при ведении беременности и родов при митральных пороках сердца.
10. Методики исследования при ведении беременности с заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит).
11. Методики исследования внутриутробных инфекций (TORCH),

Компетенция: ОПК-5

Собеседование.

1. Методы искусственного прерывания беременности в разные сроки.
2. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики бесплодного брака.
3. Ультразвуковое исследование в гинекологии.
4. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики кровоснабжения и иннервации женских половых органов.

5. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики аномалий развития женских половых органов.
6. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики специфических воспалительных заболеваний женских половых органов.
7. Современные представления о нейроэндокринной регуляции функции репродуктивной системы.
8. Современные методы лабораторной диагностики состояния гипоталамо-гипофизарной системы.
9. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики менструального цикла.
10. Оценка параметров лабораторных и инструментальных данных при задержке полового развития девочек.
11. Параметры лабораторных и инструментальных данных при преждевременном половом созревании девочек.
12. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики аменореи.

Компетенция: ПК-2

Собеседование.

1. Бактериальный вагиноз: клиника, диагностика, лечение.
2. Генитальный кандидоз: клиника, диагностика, лечение.
3. Вирусные заболевания гениталий: клиника, диагностика, лечение.
4. Хламидиоз гениталий: клиника, диагностика, лечение.
5. Острый живот в гинекологии: причины, дифференциальная диагностика.
6. Осложнения искусственного аборта. Тактика ведения, лечения.
7. Осложнения инфицированного, внебольничного аборта. Тактика ведения, лечения.
8. Генитальный герпес: клиника, диагностика, лечение.
9. Острые воспалительные заболевания внутренних женских половых органов: этиология, классификация, особенности клинической картины и лечебной тактики.
10. Воспалительные тубоовариальные образования: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
11. Острый пельвиоперитонит и гинекологический перитонит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
12. Восходящая гонорея. Клиника, диагностика, лечение. Критерии излеченности. Возможные осложнения.
13. Трихомоноз женских половых органов: клиника, диагностика, лечение.
14. Инфицированный аборт: классификация, клиника, диагностика, лечение.
15. Перитонит после септического аборта: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Компетенция: ПК-3

Собеседование.

1. HELLP синдром в акушерстве: осложнения, лечебная и акушерская тактика.
2. Плацентарная недостаточность. Современные методы диагностики и профилактики интранатальных осложнений.
3. Разрывы промежности, причины, диагностика, лечение.
4. Дискоординированная родовая деятельность.
5. Преждевременные роды. Акушерская тактика. Принципы маршрутизации.
6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Классификация, клиника, диагностика, акушерская тактика.

7. Предлежание плаценты: причины, классификация, диагностика, ведение беременности и родов.
 8. Гипотоническое и атоническое кровотечение, этиология, клиника, лечение.
 9. Геморрагический шок в акушерстве: причины, классификация, клиника, диагностика. Принципы неотложной помощи.
 10. ДВС-синдром в акушерстве, причины, диагностика, лечение.
- Клинически узкий таз, причины, диагностика, акушерская тактика.

IX. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ НА ЭТАПАХ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Показатели оценивания уровня сформированности компетенций	
Высокий (продвинутый)	<p>Демонстрирует полное понимание проблемы, вопроса.</p> <p>Уверенно оперирует понятиями и категориями предметной области.</p> <p>Анализирует факты и возникающие в связи с ними отношения.</p> <p>Все требования к заданию выполнены. Правильно применяет знания и умения в предметной области.</p>
Средний (базовый)	<p>Демонстрирует достаточное понимание проблемы, вопроса.</p> <p>Оперирует понятиями и категориями предметной области.</p> <p>Допускает ошибки в анализе фактов и возникающих в связи с ними отношениях.</p> <p>Основные требования к заданию выполнены. Допускает неточности в применении знаний и умений в предметной области.</p>
Низкий (пороговый)	<p>Демонстрирует поверхностное знание тематики проблемы. Неточно оперирует понятиями и категориями предметной области.</p> <p>Допускает значительные ошибки в анализе фактов и возникающих в связи с ними отношениях.</p> <p>Требования к заданию выполнены частично.</p> <p>Допускает ошибки в применении знаний и умений в предметной области.</p>
Неудовлетворительный	<p>Демонстрирует незнание тематики проблемы. Не способен оперировать понятиями и категориями предметной области.</p> <p>Не способен анализировать факты и возникающих в связи с ними отношения.</p> <p>Требования к заданию не выполнены. Допускает существенные ошибки в применении знаний и умений в предметной области.</p>

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует