

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

**Фонд оценочных средств
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине
АМБУЛАТОРНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ**

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Направление подготовки
31.06.01 «Клиническая медицина»

Профиль подготовки
«Акушерство и гинекология»

Форма обучения
очно

2023

I. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Формой промежуточной аттестации дисциплины «Амбулаторная гинекология» является зачет.

II. ВИД ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вид промежуточной аттестации тестовый контроль, собеседование.

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	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сущность, структуру и принципы этических основ профессиональной деятельности <p>Код 31 (УК-5);</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовые документы, регламентирующие морально-этические нормы в профессиональной деятельности <p>Код 32(УК-5)</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принимать решения и выстраивать линию профессионального поведения с учетом этических норм, принятых в соответствующей области профессиональной деятельности <p>Код У1 (УК-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность <p>Код У3 (УК-5)</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками организации работы исследовательского коллектива на основе соблюдения принципов профессиональной этики <p>Код В2 (УК-5)</p>
ОПК – 4	Способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества

		<p>жизни</p> <p>Код 33 (ОПК-4); Уметь: - находить наиболее эффективные методы внедрения разработанных методик, направленных на сохранение здоровья и улучшение качества жизни граждан;</p> <p>Код У1 (ОПК-4); оформлять и систематизировать методические рекомендации по использованию новых методов профилактики и лечения болезней человека</p> <p>Код У2 (ОПК-4); анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные результаты внедрения этих вариантов</p> <p>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;</p> <p>Код В1 (ОПК-4)</p>
<p>ПК-2</p>	<p>Способность к теоретическому и прикладному изучению ранней диагностики, своевременной терапии и профилактики гинекологических заболеваний, совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, их плодам и новорожденным</p>	<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 проведения 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)</p>

		<p>Владеть: способами и средствами получения, хранения, переработки научной и профессиональной информации - Код В1 (ПК-2) - основными навыками проведения теоретического или экспериментального исследования в рамках поставленной задачи в области акушерства и гинекологии; - Код В3 (ПК-2)</p>
ПК-3	Способность к разработке предложений по совершенствованию научных подходов к оптимизации репродуктивного здоровья женщины в различные периоды жизни, опираясь на отечественный и зарубежный опыт	<p>Знать: - современные перспективные направления и научные разработки, современные способы в области акушерства и гинекологии; Код 31 (ПК-3) - актуальные проблемы и тенденции развития акушерства и гинекологии, современные способы, методы и технологии проведения научно-исследовательской работы; Код 34 (ПК-3) Уметь: -самостоятельно приобретать и использовать в практической деятельности новые научные знания и умения в области акушерства и гинекологии; Код У1 (ПК-3) -использовать современные диагностические и лечебные технологии для оптимизации женского репродуктивного здоровья в различные периоды жизни; Код У3 (ПК-3) Владеть: - навыками разработки и усовершенствования методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов, гинекологических заболеваний. 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

	Научно-исследовательская деятельность	2-6
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	Профессиональная культура и этика преподавания ВУЗа	5
	Тьюторство в системе высшего образования	5
ОПК-4	История и философия науки	1-2
	Акушерство и гинекология	5
	Научно-исследовательская деятельность	5-6
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	5-6
ПК-2	Акушерство и гинекология	5
	Количественные методы обработки анализа данных в медико-биологических исследованиях	3
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.1 Антенатальная охрана плода	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.2.2 Амбулаторная гинекология	5
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.1 Оперативная гинекология	4
	Дисциплина по выбору Б1.В.ДВ.1.2 Патология шейки матки	4
	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	5

	плода	
	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	ПК-2	ПК-3
Семестр 5	31 (УК-5) 32 (УК-5) У1 (УК-5) У3(УК-5) В2(УК-5)	33 (ОПК-4) У1 (ОПК-4) У2(ОПК-4) У3 (ОПК-4) В1(ОПК-4)	31(ПК-2) 35(ПК-2) У2 (ПК-2) У4 (ПК-2) В1 (ПК-2) В3(ПК-2)	31(ПК-3) 34(ПК-3) У1 (ПК-3) У3 (ПК-3) В3(ПК-3)
Раздел 1	-	33 (ОПК-4)	У2 (ПК-2)	В3(ПК-3)
Раздел 2	-	У3 (ОПК-4)	В3(ПК-2)	У1 (ПК-3)
Раздел 3	-	-	-	В3(ПК-3)
Раздел 4	-	В1(ОПК-4)	31(ПК-2)	
Раздел 5	-	У1 (ОПК-4)	-	У3 (ПК-3)
Раздел 6	-	У2(ОПК-4)	35(ПК-2) В1 (ПК-2)	34(ПК-3)
Раздел 7	31(УК-5) 32(УК-5) У1(УК-5) У3(УК-5) В2(УК-5)	-	У4 (ПК-2)	31(ПК-3) В1(ПК-3)

VI. ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ В СООТВЕТСТВИИ С ФОРМИРУЕМЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ

Разделы	Код компетенции и ее показатели освоения		Формы оценочных средств	
			Текущая аттестация	Промежуточная аттестация
Раздел 1	ОПК-4 ПК-2 ПК-3	33(ОПК-4) У2(ПК-2) В3(ПК-3)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование
Раздел 2	ОПК-4 ПК-2	У3(ОПК-4) В3(ПК-2) У1 (ПК-3)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование

Раздел 3	ПК-3	В3(ПК-3)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование
Раздел 4	ОПК-4 ПК-2	В1(ОПК-4) 31(ПК-2)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование
Раздел 5	ПК-3	У3(ПК-3) У1(ОПК-4)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование
Раздел 6	ОПК-4 ПК-2 ПК-3	У2(ОПК-4) 35(ПК-2) 34(ПК-3) В1(ПК-2)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование
Раздел 7	УК-5 ПК-2 ПК-3	31(УК-5) 32(УК-5) У1(УК-5) У3(УК-5) В2(УК-5) У4(ПК-2) 31(ПК-3) В1(ПК-3)	Тесты Ситуационные задачи	Тесты Собеседование

VII. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

Раздел 1.

Компетенции: ОПК-4 в части 32(ОПК-4); ПК-2 в части У2(ПК-2); ПК-3 в части В3(ПК-3).

Тестовый контроль

1. Причинами женского бесплодия могут являться:

- 1) синдром резистентных яичников.
- 2) полип эндометрия.
- 3) синдром Ашермана.
- 4) синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера.

5) все ответы верны.

2. Проба Курцрока-Миллера – это:

- 1) изучение взаимодействия шеечной слизи и сперматозоидов на стекле.**
- 2) изучения взаимодействия шеечной слизи и яйцеклетки на стекле.
- 3) изучение взаимодействия сперматозоида и яйцеклетки на стекле.
- 4) изучение взаимодействия шеечной слизи и цервикальной микрофлоры.
- 5) изучение взаимодействия сперматозоида и яйцеклетки *in vivo*.

3. Лечебными мероприятиями при бесплодии являются:

- 1) хирургическое восстановление проходимости фаллопиевых труб.
- 2) хирургическое восстановление семявыносящих путей.
- 3) хирургическое лечение варикоцеле.

4) дриллинг яичников.

5) все ответы верны.

4. При хирургическом лечении синдрома поликистозных яичников не выполняется:

1) лапаротомическая резекция яичников.

2) лапароскопическая каутеризация яичников.

3) сальпингостомия.

4) лапароскопическая резекция яичников.

5) дриллинг яичников.

5. К эндокринным формам бесплодия относятся все, кроме:

1) синдром поликистозных яичников.

2) гиперпролактинемия.

3) синдром Ашермана.

4) гипергонадотропный гипогонадизм.

5) гипогонадотропный гипогонадизм.

6. Комбинированная терапия, направленная на индукцию овуляции решает следующие задачи:

1) стимуляция роста и развития фолликулов.

2) обеспечение созревания фолликула.

3) овуляция фолликула.

4) поддержание функции желтого тела.

5) все ответы верны.

7. При аменорее проводится проба с:

1) гонадолиберином.

2) дексаметазоном.

3) тиреолиберином.

4) прогестероном.

5) адренкортикотропным гормоном.

8. Препаратом выбора для коррекции бесплодия вызванного гипоталамической формой аменореи является:

1) лютрелф (гонадорелин).

2) прогестерон.

3) кломифена цитрат.

4) эстрадиола валерат.

5) хорионический гонадотропин человеческий.

9. Синдром Ван-Вика–Хеннеса–Росса – это:

1) гипогонадотропный гипогонадизм.

2) сочетание первичного гипотиреоза и гиперпролактинемии.

3) сочетание гипертиреоза и гиперпролактинемии.

4) гипергонадотропный гипогонадизм.

5) ничего из перечисленного.

10. Бесплодие при синдроме Ван-Вика–Хеннеса–Росса обусловлено:

1) отсутствием матки и влагалища.

2) отсутствием яичников.

3) атрезией шейки матки.

4) ановуляцией.

5) отсутствием маточных труб.

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. Т - 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 силь-ные 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. Одно-кратно 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. Влагище 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 2.

Компетенции: ОПК-4 в части УЗ(ОПК-4); ПК-2 в части ВЗ(ПК-2), У1 (ПК-3)

Тестовый контроль

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

1. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют:

- 1) нистатин.
- 2) миконазол.
- 3) клотримазол.
- 4) сертаконазол.

5) все ответы верны.

2. Лечение кольпита у беременных следует проводить:

- 1) в I триместре беременности.
- 2) во II триместре беременности.
- 3) в III триместре беременности

4) после установки диагноза.

5) во время беременности не лечится.

3. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки:

- 1) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков.
- 2) вызывает образование синехий в полости.
- 3) имеется нарушение менструальной функции.
- 4) является причиной бесплодия.

5) все ответы верны.**4. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит:**

- 1) от степени микробной обсемененности матки.
- 2) от реактивности организма.
- 3) от вирулентности бактериальной флоры.
- 4) от проводимой антибактериальной терапии.

5) все ответы верны.**5. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции заключаются в наличии у роженицы:**

- 1) урогенитальной инфекции.
- 2) сахарного диабета.
- 3) невосполненной кровопотери.
- 4) субинволюции матки.

5) все ответы верны.**6. Половой путь передачи инфекции характерен в основном:**

- 1) для хламидий
- 2) для вируса простого герпеса
- 3) для трихомониаза
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно 2) и 3)

7. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов:

- 1) преобладание ассоциаций микроорганизмов.
- 2) возрастание числа анаэробов и вирусов.
- 3) наличие хламидий и микоплазм.
- 4) наличие грибов рода кандиды.

5) все ответы верны.**8. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении:**

- 1) возможного начала воспалительного процесса.
- 2) возбудителя заболевания.
- 3) чувствительности возбудителя заболевания к антибактериальным препаратам.
- 4) аллергологического анамнеза.

5) все ответы верны.**9. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается:**

- 1) боли внизу живота и в области поясницы.
- 2) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения.

3) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком.

4) верно 1) и 2).

5) верно 1), 3).

10. Пубертатный период – это:

1) период биологической половой зрелости.

2) период, когда в организме происходит активизация функции яичников.

3) период, когда происходит быстрое соматическое развитие.

4) период, когда происходит быстрое половое развитие девочки.

5) все ответы верны.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Беременная Н. поступила в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза наследственность неотягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая - медицинским аборт, третья - самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно* при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7°C, пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм. рт. ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, не болезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5х6 см., подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, шейка не эрозирована. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стерженьками.

Анализ крови: НЬ - 120 г/л, эритроциты - 3,5 млн., лейкоциты - 7×10^9 , СОЭ - 12 мм/ч.

В моче патологических изменений не выявлено.

Диагноз?

Эталон ответа. Беременность 20 недель. Пузырный занос. Двусторонние лютеиновые кисты яичников.

Задача № 2

Больная К., 26 лет обратилась по поводу нерегулярных менструаций и отсутствия беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: частые простудные заболевания, ангины, хронический холецистит, аппендэк-

томия в возрасте 16 лет.

Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 40-45 дней, последние 2 года задержки до 3-4 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад.

Объективно: рост 162 см., масса 82 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые, обнаружены стержневые волосы на верхней губе, подбородке, вокруг сосков и задней поверхности бедер.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Гинекологический статус: лобковое оволосение интерсексуального типа, обильный рост волос на промежности. Наружные половые органы развиты правильно.

3.0.: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев цервикального канала 4 мм в диаметре, наполнен прозрачной слизью.

Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные плотные безболезненные яичники.

Своды и параметрии свободны, безболезненны.

Выделения слизистые, в умеренном количестве.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа. Синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие.

Задача № 3

Больная К., 26 лет обратилась по поводу нерегулярных менструаций и отсутствия беременности в течение 2 лет при регулярной половой жизни без контрацепции.

В анамнезе: частые простудные заболевания, ангины, хронический холецистит, аппендэктомия в возрасте 16 лет.

Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 40-45 дней, последние 2 года задержки до 3-4 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад.

Объективно: рост 162 см., масса 82 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые, обнаружены стержневые волосы на верхней губе, подбородке, вокруг сосков и задней поверхности бедер.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Гинекологический статус: лобковое оволосение интерсексуального типа, обильный рост волос на промежности. Наружные половые органы развиты правильно.

3.0.: слизистая оболочка влагалища и шейки матки не изменена. Наружный зев цервикального канала 4 мм в диаметре, наполнен прозрачной слизью.

Бимануально: влагалище узкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Тело матки в anteversio-flexio, не увеличено, плотно-эластической консистенции, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются увеличенные плотные безболезненные яичники.

Своды и параметрии свободны, безболезненны.

Выделения слизистые, в умеренном количестве.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа. Синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие.

Раздел 3.

Компетенции: ПК-3 в части В3(ПК-3).

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

1. Основные клинические признаки преждевременного полового созревания изосексуального типа органического характера:

- 1) задержка интеллектуального развития.
- 2) эмоциональная неустойчивость.
- 3) увеличение массы тела.
- 4) преждевременное появление вторичных половых признаков.
- 5) верно 1, 2, 4.**

2. Для полной формы преждевременного полового созревания характерно:

- 1) различная степень развития вторичных половых признаков.
- 2) отсутствие менструаций.
- 3) наличие менструаций.
- 4) вторичные половые признаки развиты.
- 5) верно 1, 2, 3.**

3. Клиническая картина ложного преждевременного полового развития:

- 1) кровянистые выделения из влагалища нерегулярного характера.
- 2) незначительное развитие вторичных половых признаков (скудное оволосение, недостаточное развитие молочных желез и т.д.).
- 3) наружные и внутренние половые органы имеют выраженные черты эстрогенного влияния.
- 4) костный возраст превышает нормативы календарного возраста.
- 5) верно 3, 4.**

4. Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено:

- 1) развитием андрогенсекретирующих опухолей яичника.
- 2) врожденной гипертрофией коры надпочечников.
- 3) перинатальными причинами (гипоксия, родовая травма).
- 4) внутриутробным инфицированием.
- 5) верно 1, 2.**

5. Особенностью телосложения девочек с врожденным андрогенитальным синдромом является:

- 1) хорошее развитие мышечной ткани.**
- 2) широкий таз.
- 3) длинные конечности.
- 4) высокий рост.
- 5) длинные густые волосы.

6. Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:

- 1) у девочки период полового созревания начинается рано (6-7 лет).
- 2) появляются мужские вторичные половые признаки (увеличение клитора, низкий тембр голоса).
- 3) выраженное и быстрое увеличение молочных желез.
- 4) наличие менструаций.
- 5) верно 1, 2.**

7. Причины вирильного синдрома у девушки:

- 1) нарушение функции коры надпочечников.

- 2) опухоли коры надпочечников.
- 3) маскулинизирующие опухоли яичников.
- 4) фолликулярная киста яичника.
- 5) верно 1, 2, 3.

8. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно:

- 1) раннее проявление вирильного синдрома.
- 2) гирсутизм до или после начала первой менструации.
- 3) первая менструация может запаздывать или быть своевременной.
- 4) молочные железы развиты.
- 5) верно 1, 2, 3.

9. Возникновению злокачественных новообразований вульвы у девочек в отличие от взрослых обычно предшествует:

- 1) кондилома.
- 2) экзематозные процессы.
- 3) лейкоплакия.
- 4) эндометриоз.
- 5) верно 1, 2.

10. Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:

- 1) хроническая.
- 2) торпидная.
- 3) рецидивирующая.
- 4) острая.
- 5) у девочек не бывает.

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, ритм-мичный, 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. Мо-чеиспускание 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 кон-сультации 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 пло-

да, 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 удастся. 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 3250г.

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); ПК-2 в части З1(ПК-2).

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.

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 пальпируются. 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 сукровичные 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, пастообразной 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. Бере-

мен-ность желанная.

При поступлении: телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 52 кг, рост 160 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, ап-петит 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: ПК-3 в части У3(ПК-3); У1 (ОПК-4).

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 Шершевского - 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.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

Первобеременная 25 лет. Пришла в женскую консультацию на очередной осмотр в сроке 34 недели беременности. Жалоб не предъявляет. За последнюю неделю прибавила в весе на 1 кг. Видимых отеков нет. Артериальное давление у беременной 115/65 мм.рт.ст.

Отмечается лабильность сердечно-сосудистой системы при физической нагрузке. Диагностируется симптом «кольца». Понижение диуреза днем, больше «мочится» в ночное время. Отмечается гиперкоагуляция.

Положение плода продольное, предлежит головка ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. Наружные размеры таза беременной нормальные. Окружность живота 70 см. Высота дна матки 33 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки сохранена, зев закрыт, мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза удовлетворительная.

Задания к задаче № 38

Поставьте диагноз данной беременной женщине.

Эталон ответа. Преэклампсия при беременности 34 недели.

Задача № 2

В роддом поступила повторнородящая Г., 29 лет с жалобами на отхождение околоплодных вод 3 часа назад и начало схваток 2,5 часа назад. Беременность доношенная. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен. Первая беременность 4 года назад закончилась нормальными родами; вторая беременность - 2 года назад - медицинским абортom без осложнений.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Схватки по 45-50 секунд, через 2-1,5 мин, активные. Положение плода продольное, головка плода большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в мин. Отеков нет. В ДМ 35 см., ОЖ 95 см, размеры таза 26-29-31-20 см., АД 120/80 мм ртст на обеих руках, пульс 76 в мин.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, ею занято 2/3 лона и 2 крестцовых позвонка. Стрелевидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Через 10 минут появилось желание потужиться.

Задания к задаче № 40

Поставьте диагноз.

Эталон ответа. Беременность 38-39 недель. Продольное положение, I позиция, передний вид затылочного предлежания. II период вторых родов. Осложнения: родовое излитие околоплодных вод. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Задача № 3

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: многоплодная, 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.

Раздел 6.

Компетенции: ОПК-4 в части У2(ОПК-4); ПК-2 в части 35(ПК-2); ПК-3 в части 34 (ПК-3); В1 (ПК-2).

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 метроэндометритом.
- 4) с высокодифференцированным раком.**
- 5) с низкодифференцированным 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. Второй 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 такому:

- 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.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

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, сим=ptom Щетки-на-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 № 2

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.

Задача № 3

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 101 см. Высота дна матки - 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Схватки переходят в потуги.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (12 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, ее занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

Диагноз?

Ответ. Диагноз. Беременность 40 недель. Роды I в затылочном предлежании. II период. Клинически узкий таз.

Раздел 7.

Компетенции: УК-5 в части 31(УК-5) 32(УК-5); У1(УК-5); У3(УК-5); В2(УК-5); ПК-2 в части У4(ПК-2); ПК-3 в части 31(ПК-3); В1 (ПК-3).

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

1. Большие железы преддверия влагалища расположены:

- 1) в основании малых половых губ.
- 2) в толще средних отделов больших половых губ.
- 3) в бороздке между нижними третями малых и больших половых губ.
- 4) в толще задних отделов больших половых губ.**
- 5) правильно 2),4).

2. Выводной проток бартолиниевой железы открывается обычно:

- 1) в основание малых половых губ.
- 2) в бороздку между нижней третью малых половых губ и девственной плевой.
- 3) в бороздку между нижними третями малых и больших половых губ.**
- 4) в толщу задних отделов больших половых губ.
- 5) правильно 1),4).

3. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:

- 1) с мочеточниками.
- 2) с дном мочевого пузыря.**
- 3) с шейкой мочевого пузыря.
- 4) с мочеиспускательным каналом.
- 5) правильно 2),4).

4. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит:

- 1) с мочеточниками.
- 2) с дном мочевого пузыря.
- 3) с шейкой мочевого пузыря.
- 4) с мочеиспускательным каналом.**
- 5) правильно 1),4).

5. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:

- 1) с прямой кишкой.
- 2) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом).**
- 3) с шейкой мочевого пузыря.
- 4) с мочеточниками.
- 5) правильно 1),2).

6. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается, как правило:

- 1) с прямой кишкой.**
- 2) с сигмовидной кишкой.
- 3) с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом).
- 4) с тканями промежности.
- 5) с петлями тонкого кишечника.

7. Задняя стенка влагалища в ее нижней части, как правило, соприкасается:

- 1) с прямой кишкой.
- 2) с сигмовидной кишкой.

- 3) с тканями промежности.
 4) с бартолиниевыми железами.
 5) правильно 1),4).

8. Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является:

- 1) наружный маточный зев.
 2) внутренний маточный зев.
 3) девственная плева (вход во влагалище).
 4) малые половые губы.
 5) ничто из перечисленного.

9. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:

- 1) кривой.
 2) циркулярный.
 3) косо-продольный.
 4) продольный.
 5) поперечный

10. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки:

- 1) кривой
 2) циркулярный.
 3) косо-продольный.
 4) продольный.
 5) поперечный.

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в низу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту.

Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок.

Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет.

Заболела остро: появились боли в низу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Одно-кратно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно? температура - 38,6°C, пульс - 98 в мин., АД - 110/65 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

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

Анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, лейкоциты - $18,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/ч. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволение 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 пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

Задания к задаче № 17

Поставьте предварительный диагноз.

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

Задача № 2

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. Т - 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 параметрии свободны. Смещение шейки матки болезненно.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа. Опухоль правого яичника с нарушением питания.

Задача № 3

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 анамнеза 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.

VIII. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Компетенция: УК-5

1. Этические проблемные ситуации в медицине изучает:
 1. Этика
 2. **Биоэтика**
 3. **Психология**
 4. **Парапсихология**
 5. Деонтология

2. основополагающими принципами биомедицинской этики является:
 1. **Принцип гуманности**
 2. **Принцип справедливости**
 3. **Принцип уважения личности пациента**
 4. Принцип логики
 5. **Принцип благодеяния**

3. Возникновение биомедицинской этики является результатом взаимовлияния нескольких направлений, которые связаны:
 1. **С развитием медицинской этики**
 2. **С развитием поля исследования и, в частности, экспериментов, в тех разделах биологической и медицинской наук, которые имеют выход в практику здравоохранения**
 3. **С глубокими изменениями в ценностных ориентациях и установках людей в системе взаимоотношений «медработник-пациент»**
 4. С профилактической работой медсестры

4. Основными условиями медицинской деятельности является:
 1. **Профессиональная компетентность**
 2. **Гуманное отношение к пациенту**
 3. Введение лекарственных веществ
 4. **Уважение человеческого достоинства пациентов**
 5. Применение эвтанази

5. Принципы взаимоотношений врача и пациента, согласно Кодексу врачебной этики:
 1. **Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства**
 2. **Взаимное доверие и взаимная ответственность**
 3. Участие пациента в разработке программы реабилитации
 4. **Не препятствие поддержке пациента служителем любой религиозной конфессии**
 5. **Принцип врачебной тайны и конфиденциальность**

6. К медицинским вмешательствам в репродукцию человека относятся:

1. **Искусственная инсеминация**
2. Внутривенные инъекции
3. **Перенос эмбриона**
4. **Экстракорпоральное оплодотворение**

7. Основными аспектами биоэтики являются:

1. **Трансплантация органов**
2. **Аборт**
3. **Эвтаназия**
4. Суицид
5. **Контрацепция**

8. Является ли функцией руководителя медицинского учреждения управление этической ситуацией в коллективе?

- А) да;
- Б) нет.

9. Являются ли врачебной тайной сведения о проведенном оплодотворении, о личности донора?

- А) да;
- Б) нет.

10. Является ли информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства?

- А) да;
- Б) нет.

Собеседование.

1. Основные этапы развития понятия этики в акушерстве и гинекологии.
2. Этические нормы при консультировании пациенток по вопросам бесплодия.
3. Понятие о доступности информирования о её диагнозе.
4. Этика при консультировании пациенток в постменопаузе.
5. Принципы этических норм поведения врача акушера-гинеколога при интерпретации гистологических заключений.
6. Соблюдение этических норм при консультировании девочек-подростков
7. Порядок передачи права на принятие решения об использовании различных методов диагностики и лечения.
8. Понятие качества жизни акушерско-гинекологических больных.
9. Основные составляющие концепции качества жизни в акушерстве и гинекологии.
10. Принципы этики при общении с родственниками пациенток при оказании медицинской помощи

Компетенция: ОПК-4

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (вы-

делены жирным шрифтом).

1. Методики исследования фазы острой формы ДВС-синдрома позволяют выявить следующие кроме:

- 1) гиперкоагуляция.
- 2) гипокоагуляция без активации фибринолиза.
- 3) гипокоагуляция с активацией фибринолиза.
- 4) полной несвертываемости крови.
- 5) гипертермическая.**

2. Нормой при методике определения ретракции кровяного сгустка в норме является:

- 1) 1-21%
- 2) 22-43%
- 3) 44-65%**
- 4) 66-87%
- 5) 88-100%

3. Методика определение кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей определяет:

- 1) тонус матки снижен.
- 2) характер кровотечения непрерывный.**
- 3) сгустки рыхлые, легко растворимые.
- 4) кровь не сворачивается.
- 5) прерывистый характер кровотечения.

4. Время свертывания крови (по методу Ли - Уайта) при $t=37^{\circ}\text{C}$. в норме равно:

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

5. К основным принципам методики лечения геморрагического шока относится все, кроме:

- 1) остановка кровотечения.
- 2) купирование гемодинамических расстройств.
- 3) коррекция коагулопатии.
- 4) коррекция полиорганной недостаточности.
- 5) ограничение инфузионно-трансфузионной терапии до 800 мл в сутки.**

6. Расчет допустимой кровопотери при беременности, протекающей с анемией и/или преэклампсией – это:

- 1) 0.2% от массы тела.
- 2) 0.5% от массы тела.
- 3) 0.7% от массы тела.
- 4) 0.3% от массы тела.
- 5) 0.1% от массы тела.

7. Методика системы SOFA используется для:

- 1) динамической оценки тяжести полиорганной недостаточности.**
- 2) расчета объема кровопотери.
- 3) оценки состояния гемостаза.

- 4) оценки реологического состояния крови.
- 5) оценки нервно-психического состояния пациентки.

8. Кровезаменитель, обладающий газотранспортной функцией:

- 1) отмытые эритроциты.
- 2) пергидрофенантрен.
- 3) эноксапарин натрия.
- 4) **перфторан.**
- 5) тиосульфат натрия.

9. Обязательное условие методики адекватной трансфузионной терапии больным с острой кровопотерей:

- 1) **катетеризация мочевого пузыря и мониторинг почасового диуреза.**
- 2) использование аппарата «CELL SAVER».
- 3) постоянная электроэнцефалография.
- 4) измерение внутричерепного давления.
- 5) изучение реакции зрачка на свет.

10. К непрямым методам измерения объёма циркулирующей крови и объёма кровопотери относятся:

- 1) измерение артериального давления и пульса.
- 2) измерение пульсового и центрального венозного давлений.
- 3) измерение почасового диуреза.
- 4) пульсовая оксиметрия.
- 5) **все ответы верны.**

Собеседование.

1. Организация гинекологической помощи детям и подросткам.
2. Принципы диагностики и медико-реабилитационной экспертизы в гинекологии.
3. Диагностика строения половых органов женщины в разные возрастные периоды.
4. Методы диагностики состояния наружных и внутренних половых органов.
5. Методы исследования физиологии женской репродуктивной системы.
6. Методы исследования болевого синдрома патологических выделений (бели), зуда, нарушений менструального цикла, бесплодия, нарушений функции соседних органов.
7. Общие, специальные и дополнительные методы обследования пациенток с гинекологическими заболеваниями.
8. Особенности обследования в детском и подростковом возрасте.
9. Клинические методики обследования: анамнез, общий осмотр и объективное обследование, осмотр и пальпация молочных желез, осмотр и исследование наружных и внутренних половых органов.
10. Методики исследования функции яичников: тесты функциональной диагностики, определение концентрации гормонов в плазме крови и в моче, гормональные пробы.

Компетенция: ПК-2

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов (вы-

делены жирным шрифтом).

1. Лечебными мероприятиями при бесплодии являются:

- 1) хирургическое восстановление проходимости фаллопиевых труб.
- 2) хирургическое восстановление семявыносящих путей.
- 3) хирургическое лечение варикоцеле.
- 4) дреллинг яичников.

5) верно 1), 2), 3), 4)

2. При хирургическом лечении синдрома поликистозных яичников не выполняется: 1) лапаротомическая резекция яичников. 2) лапароскопическая каутеризация яичников.

3) сальпингостомия.

- 4) лапароскопическая резекция яичников.
- 5) дреллинг яичников.

3. К эндокринным формам бесплодия относятся все, кроме:

- 1) синдром поликистозных яичников.
- 2) гиперпролактинемия.
- 3) **синдром Ашермана.**
- 4) гипергонадотропный гипогонадизм.
- 5) гипогонадотропный гипогонадизм.

4. Комбинированная терапия, направленная на индукцию овуляции решает следующие задачи:

- 1) стимуляция роста и развития фолликулов.
- 2) обеспечение созревания фолликула.
- 3) овуляция фолликула.
- 4) поддержание функции желтого тела.

5) верно 1), 2), 3), 4)

5. При аменорее проводится проба с:

- 1) гонадолиберинном.
- 2) дексаметазоном.
- 3) тиреолиберинном.

4) прогестероном.

- 5) адренокортикотропным гормоном.

6. Синдром Ван-Вика–Хеннеса–Росса – это:

- 1) гипогонадотропный гипогонадизм.
- 2) сочетание первичного гипотиреоза и гиперпролактинемии.

3) сочетание гипертиреоза и гиперпролактинемии.

- 4) гипергонадотропный гипогонадизм.

7. Некомпенсированный гипотиреоз может приводить к :

1) хронической ановуляции.

- 2) гиперстимуляции яичников.
- 3) повышению либидо.
- 4) гипопролактинемии.
- 5) нормализации функции желтого тела.

8. При подозрении на бесплодие трубно-перитонеального генеза необходимо:

- 1) провести стимуляцию овуляции клостильбегидом.

2) **выполнить диагностическую лапароскопию.**

3) назначить заместительную гормонотерапию.

4) выполнить пробу с дексаметазоном.

5) взять биопсию эндометрия.

9. Частота бесплодного брака составляет по отношению ко всем бракам:

1) 0,5-1%.

2) 2-4%.

3) **15-20%.**

4) 25-30%.

5) 50-55%.

10. Сперматозоиды проникают в полость матки после полового акта через:

1) 4- 5 минут.

2) 10-15 минут.

3) **30-60 минут.**

4) 2-3 часа.

5) 5 часов.

Собеседование.

1. Методы диагностики и современные принципы лечения нейроэндокринных синдромов (предменструального, посткастрационного, климактерического, аденогенитального синдромов; гирсутизма и вирилизации; синдрома и болезни поликистозных яичников).
2. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиническое течение воспалительных заболеваний неспецифической этиологии (вульвит, бартолинит, кольпита, цервицита, эндометрита, сальпингоофорита, параметрита, пельвиоперитонита).
3. Принципы лечения и профилактика воспалительных заболеваний неспецифической этиологии. Реабилитация женщин после перенесенных воспалительных заболеваний неспецифической этиологии.
4. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиническое течение воспалительных заболеваний специфической этиологии (гонореи, трихомоноза, туберкулеза, бактериального вагиноза, кандидоза, хламидиоза, микоплазмоза, генитального герпеса, папилломавирусной инфекции).
5. Принципы лечения и профилактика воспалительных заболеваний специфической этиологии. Реабилитация женщин после перенесенных воспалительных заболеваний специфической этиологии.
6. Фоновые и предраковые заболевания наружных половых органов и влагалища.
7. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.
8. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
9. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования наружных половых органов и влагалища.
10. Миома матки: современные теории патогенеза, классификация, диагностика, клинические проявления.

Компетенция: ПК-3

Тестовый контроль

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

1. Количество коек в палатах совместного пребывания во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) должно быть:

- 1) не более 2 материнских и 2 детских.
- 2) не более 3 материнских и 3 детских.
- 3) не менее 3 материнских и 3 детских.
- 4) не более 4 материнских и 4 детских.
- 5) не менее 5 материнских и 3 детских.

2. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно:

- 1) сразу после рождения.
- 2) через 6 ч после рождения.
- 3) через 8 ч после рождения.
- 4) через 12 ч после рождения.
- 5) через 24 ч после рождения.

3. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет:

- 1) 5 лет.
- 2) 4 года.
- 3) 3 года.
- 4) 2 года.
- 5) 1 год.

4. Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу:

- 1) после стихания острых симптомов заболевания.
- 2) в день постановки диагноза.
- 3) по выздоровлении, для реабилитации.
- 4) после выписки матери из родильного дома.
- 5) после консультации врача детской больницы.

5. В структуру материнской смертности входит смерть женщины от:

- 1) медицинского аборта.
- 2) внематочной беременности.
- 3) преэклампсии.
- 4) правильно 1),2),3).
- 5) бытовой травмы.

6. Основными качественными показателями деятельности родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме:

- 1) материнской смертности.
- 2) перинатальной смертности.
- 3) заболеваемости новорожденных.
- 4) средне-годовой занятости койки.
- 5) общее количество поступивших.

7. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать:

- 1) с самопроизвольным выкидышем малого срока.

- 2) с обострением хронического сальпингоофорита.
- 3) с дисфункциональным маточным кровотечением.
- 4) верно 1) и 2).
- 5) верно 1), 2), 3).

8. Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме:

- 1) надвлагалищной ампутации матки.
- 2) иссечения краев перфорационного отверстия.
- 3) ушивания перфорационного отверстия.
- 4) ревизии органов малого таза.
- 5) ревизии кишечника, прилежащего к матке.

9. Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления:

- 1) дренирование брюшной полости.
- 2) опасность травмы кишечника и мочевого пузыря.
- 3) технические трудности при выполнении операции необходимого объема.
- 4) верно 1) и 3).
- 5) верно 1), 2), 3).

10. При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:

- 1) экстирпация матки с придатками.
- 2) надвлагалищная ампутация матки с придатками.
- 3) экстирпация матки с трубами.
- 4) надвлагалищная ампутация матки с трубами.
- 5) двусторонняя сальпингэктомия.

Собеседование.

1. Эндометриоз: классификация, этиология, патогенез, алгоритм диагностики, лечение.
2. Миома матки: классификация, этиология, патогенез, основные клинические симптомы, диагностика, методы лечения.
3. Миома матки с нарушением питания в узле: клиника, диагностика, лечение.
4. Показания к оперативному лечению и виды операций при миомах матки. Реабилитация больных после оперативного лечения.
5. Нейроэндокринный синдром: определение, клиника, диагностика, принципы терапии.
6. Предменструальный синдром: этиопатогенез, клинические формы, диагностика, лечение.
7. Климактерический синдром: этиопатогенез, клинические формы, диагностика, лечение.
8. Поликистозные яичники: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение в зависимости от клинического варианта заболевания.
9. Менопаузальный синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. ДМК пубертатного периода: причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

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. Отсут-	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в

ствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	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

	нены		ации	
удовлетвори- тельно	частичное пони- мание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выпол- нены	Удовлетвори- тельная способ- ность анализи- ровать ситуа- цию, делать выводы	Удовлетвори- тельные навыки решения ситуа- ции	достаточный уровень профессионального мышления. Допуска- ется более двух не- точностей в ответе
неудовлетвори- тельно	непонимание проблемы. Многие требова- ния, предъявляе- мые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способ- ность анализи- ровать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует