

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

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
Лебеденко Е.Ю., зав. каф. акушерство и
гинекология №3, д.м.н., доцент

Фонд оценочных средств
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Направление подготовки
31.06.01 «Клиническая медицина»

Профиль подготовки
«Акушерство и гинекология»

Форма обучения
заочно

2023

I. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Формой промежуточной аттестации дисциплины «Аntenатальная охрана плода» 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 | 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 профессиональной этики |

| | | |
|----------------|--|--|
| ОПК – 4 | Способность и готовность к организации проведения прикладных научных исследований в области биологии и медицины | <p>Код В2 (УК-5) Знать: современные принципы разработки новых методов профилактики и лечения болезней человека, направленные на сохранение здоровья населения и улучшения качества жизни</p> <p>Код З3 (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> |
| 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 З1 (ПК-2) - основные проблемы акушерства и гинекологии, требующие решения в научной деятельности, относящиеся к</p> |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | <p>профессиональной сфере Код 35 (ПК-2) Уметь: - использовать прикладные программы (диагностическое оборудование) для проведения и обработки результатов исследования в области акушерства и гинекологии; Код У2 (ПК-2) - формулировать цели и задачи научных исследований в области акушерства и гинекологии; Код У4 (ПК-2) 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 | <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; 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)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>-использовать современные диагностические и лечебные технологии для оптимизации женского репродуктивного здоровья в различные периоды жизни;</p> <p>Код УЗ (ПК-3)</p> <p>Владеть:</p> <p>- навыками разработки и усовершенствования методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов, гинекологических заболеваний.</p> <p>Код ВЗ (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 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 | 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) | Тесты Ситуационные задачи | Тесты Собеседование |

VII. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

Раздел 1.

Компетенции: ОПК-4 в части З1(ОПК-4); ПК-2 в части У2(ПК-2); ПК-3 в части В2(ПК-3).

Тестовый контроль

1.Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин:

- 1) молодого возраста.
- 2) повторнобеременных.
- 3) с высоким инфекционным индексом.
- 4) правильно 1), 2), 3).**
- 5) после кесарева сечения в предыдущих беременностях.

2. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно:

- 1) частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки.
- 2) частота пульса 90-100 ударов в минуту.
- 3) периодически ацетон в моче.
- 4) частота рвоты до 5 раз в сутки.**
- 5) частота рвоты до 2 раз в сутки.

3. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных) применяют все перечисленное, кроме:

- 1) спленина.
- 2) витаминов группы В.
- 3) эуфиллина.**
- 4) раствора Рингер – Локка.
- 5) лазерной рефлексотерапии.

4.У беременной с тяжелым течением раннего токсикоза (чрезмерной рвотой беременных) проявлением интоксикации организма являются все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) учащения пульса до 100-120 в минуту.
- 2) повышения температуры тела до 38°C.**
- 3) снижения артериального давления.
- 4) наличия в моче ацетона.
- 5) резкой потери в весе.

5. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит, как правило:

- 1) от гипоксии.
- 2) от интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма.
- 3) от гипокалиемии.
- 4) от гиперкалиемии.
- 5) правильно 1), 2), 3).**

6. При преэклампсии отмечают следующие изменения содержания электролитов, кроме:

- 1) увеличения содержания натрия и уменьшения содержания калия в плазме крови.
- 2) уменьшения содержания натрия и увеличения содержания калия в плазме крови.**
- 3) уменьшения содержания калия в эритроцитах.
- 4) гиперхлоремия.
- 5) верно 2), 3).

7. При преэклампсии повышается количество:

- 1) тромбксана.**
- 2) простагландина E.
- 3) простагландина F2 α .
- 4) оксида азота.
- 5) верно 2), 3)

680. При преэклампсии снижается содержание:

- 1) простациклина.**
- 2) простагландина F2 α
- 3) тромбксана
- 4) верно 3)
- 5) верно 2), 3)

8. Простациклины обладают действием:

- 1) вазоконстрикторным.
- 2) вазодилаторным.**
- 3) агрегации тромбоцитов.
- 4) адгезии тромбоцитов.
- 5) мембраностабилизирующим.

9. Простациклины на тромбоциты влияют следующим образом:

- 1) повышают агрегацию.
- 2) снижают агрегацию.**
- 3) значительно повышают агрегацию.
- 4) не влияют.
- 5) незначительно повышают агрегацию.

10. Тромбксан является:

- 1) сильным антиагрегантом.
- 2) усиливает гиперкоагуляцию.**
- 3) гипокоагулянтом.
- 4) антикоагулянтом.
- 5) снижает гиперкоагуляцию.

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 искусственными 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. 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°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 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 2.

Компетенции: ОПК-4 в части УЗ(ОПК-4); ПК-2 в части ВЗ(ПК-2); ПК-3 в части ВЗ(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 пазмеры 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. Уплотнение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза:

1) поперечносуженного.

2) простого плоского.

3) плоско-рахитического.

4) общеравномерносуженного.

5) кососмещенного.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

Беременная 26 лет поступила в отделение беременности в сроке 38 недель. Жалобы на боли внизу живота и пояснице. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась родами. Родился мальчик на 3000 г., живой, здоровый. После операции на сердце - успешно, проведенная комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана 2 года тому назад врачи разрешили еще иметь ребенка. Женскую консультацию посещала регулярно. Наблюдалась врачами: акушером-гинекологом и терапевтом. В стационаре обследовалась и лечилась в сроке 11 недель, 18, 30 недель беременности.

В настоящее время поступила в родильный дом для подготовки к родоразрешению. Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°. АД 110/70. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Видимые слизистые цианотичны. Сердце - на верхушке систолический шум. Дыхание 20 в минуту. На ногах умеренные отеки. Печень не пальпируется. Акушерское обследование: размеры таза без патологии. Окружность живота 85 см. Высота дна матки 36 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение 138 ударов в минуту, ритмичное.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожающей женщины. Шейка матки 1,5 см, размягчена, зв пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная.

Ваш диагноз? Тактика врача?

Эталон ответа. Беременность 38-39 недель. Головное предлежащие. Комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана. Необходима консультация терапевта. Провести обследование на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

Задача № 2

Роженица С, 35 лет, поступила в роддом с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Роды в срок.

Гинекологический анамнез: миома матки небольших размеров. Беременность III, первая закончилась нормальными родами, II - медаборт на сроке 7-8 недель. Настоящая беременность III. Женскую консультацию посещала нерегулярно.

Женщина правильного телосложения, умеренного питания: рост 165, масса 80 кг. Состояние удовлетвори-тельное, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. PS - 68 уд/мин. АД 110/70. Д=Б. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено. При наружном осмотре живот вытянут в поперечном направлении. ОЖ - 118 см; В ДМ - 31. Дно матки ши-рокое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа - крупная мягкой консистенции часть, слева - округлая плотная баллотирующая часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка до 140 уд/мин, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

Схватки по 25-30 секунд через 4 минуты, средней силы. Размеры таза 26-29-31-21. Индекс Соловьева - 14,5 см; Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное без рубцов. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел. Во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через передние своды обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа. Беременность 40 недель. Роды II. Поперечное положение плода. I период родов. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

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 не-делю 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, 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. Мочеиспускание 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 3.

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

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

1. Этиологией преэклампсии является:

- 1) генетическая предрасположенность.
- 2) неполная инвазия трофобласта.
- 3) нарушение биологической доступности оксида азота.
- 4) нарушение биосинтеза серотонина.

5) верно 1), 2), 3).

2. Факторами риска развития преэклампсии являются:

- 1) преэклампсия во время предыдущих беременностей.
- 2) многоплодная беременность.
- 3) возраст женщины 23-28 лет.
- 4) наличие экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, почечная патология).
- 5) верно 1), 2), 3).

3. Ведущими звеньями патогенеза преэклампсии являются все, кроме:

- 1) генерализованного спазма сосудов.
- 2) гиперволемии.
- 3) изменения реологических и коагуляционных свойств крови.
- 4) нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена.
- 5) гипоперфузии тканей, ишемических и некротических изменений в тканях жизненно важных органов с нарушением их функции.

4. При преэклампсии имеет место:

- 1) гипокоагуляция.
- 2) повышение объема циркулирующей плазмы.
- 3) дегидратация тканей.
- 4) гиповолемиа.
- 5) генерализованная вазодилатация капилляров.

5. Функции плаценты, которые нарушаются при преэклампсии:

- 1) дыхательная.
- 2) гормональная.
- 3) трофическая.
- 4) выработка мелатонина.
- 5) верно 1), 2), 3).

6. Симптомы, которые необходимо учитывать для определения степени тяжести гипертензивных расстройств при беременности:

- 1) систолическое АД.
- 2) диастолическое АД.
- 3) менструальный день зачатия.
- 4) протеинурию.
- 5) верно 1), 2), 4).

7. Для оценки степени тяжести преэклампсии следует учитывать:

- 1) отеки, лейкоцитурию.
- 2) прибавку массы тела.
- 3) протеинурию, глюкозурию.
- 4) АД, диурез, наличие высыпаний.
- 5) отеки, прибавку массы тела, протеинурию, АД, диурез.

8. При лабораторном обследовании беременных с острым жировым гепатозом, как правило, выявляется все, кроме:

- 1) гипербилирубинемии.
- 2) гиперпротеинемии.
- 3) гипофибриногенемии.
- 4) невыраженной тромбоцитопении.
- 5) незначительного прироста трансаминаз.

9.Терапия преэклампсии направлена на:

- 1) создание лечебно-охранительного режима.
- 2) устранение сосудистого спазма и снижение АД.
- 3) улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза.
- 4) поддержание функции жизненно важных органов.
- 5) верно 2), 3), 4).

10. Тактика врача при появлении симптомов преэклампсии в 38 недель беременности:

- 1) амниотомия, родовозбуждение энзапростом.
- 2) амниотомия, родовозбуждение окситоцином.
- 3) подготовка родовых путей к родам, родоразрешение через 2-3 дня.
- 4) срочное родоразрешение через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией.
- 5) срочное родоразрешение путем кесарева сечения на фоне терапии преэклампсии.

Ситуационные задачи.

Задача №1

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 скуровичные 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 № 2

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 № 3

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.

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.Тактика ведения больных при быстро нарастающей гематоме наружных половых органов должна быть следующей:

- 1) применяют давящую повязку.
- 2) внутрь - витамин С, хлорид кальция.
- 3) проводят антианемическое лечение.
- 4) наблюдение.
- 5) вскрытие гематомы, перевязка кровоточащего сосуда.**

2. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является:

- 1) восстановление слизистой влагалища
- 2) наложение швов на мышцы промежности
- 3) восстановление сфинктера прямой кишки
- 4) ушивание разрыва стенки прямой кишки**
- 5) наложение швов на кожу промежности

3. Основным симптомом угрожающего разрыва матки:

- 1) болезненность нижнего сегмента матки**
- 2) сильная родовая деятельность
- 3) затруднение мочеиспускания
- 4) отек шейки матки
- 5) кровянистые выделения из половых путей

4. Профилактика акушерских травм таза у беременных группы риска включает:

- 1) госпитализацию в родильное отделение за 10-12 дней до срока родов
- 2) ношение родового бандажа
- 3) обязательный прием витаминов группы В
- 4) верно 1), 2)**
- 5) верно 3)

5. Особенности методики зашивания стенки прямой кишки при разрыве промежности III степени:

- 1) использование кетгутовых лигатур (N 1)
- 2) наложение швов на расстоянии 1-1.2 см друг от друга
- 3) завязывание узлов лигатуры в просвет кишки
- 4) наложение непрерывного шва
- 5) верно 1), 2), 3).**

6. Факторы, предрасполагающие к перфорации матки во время производства искусственного аборта:

- 1) неправильное положение матки
- 2) дисфункциональные маточные кровотечения
- 3) опухоли матки
- 4) верно 1), 3)**
- 5) верно 1), 2)

7. Одним из моментов профилактики повреждения мочевого пузыря при влагалищных операциях является:

- 1) одномоментное рассечение тканей
- 2) предварительная гидропрепаровка тканей с 0.25% раствором новокаина
- 3) отсепаровывание выкроенного лоскута ткани только скальпелем
- 4) верно 1), 2)**
- 5) верно 3)

8. Объем оперативного лечения при перфорации матки во время аборта зависит в основном:

- 1) от срока беременности
- 2) от выраженности болевого синдрома
- 3) от характера повреждения
- 4) от жалоб пациентки**
- 5) от количества беременностей в анамнезе

9. Возникновению разрывов промежности в родах способствуют:

- 1) прорезывание головки плода неблагоприятным размером.
- 2) наложение акушерских щипцов.
- 3) нарушения менструального цикла.
- 4) неправильное оказание акушерского пособия в родах.
- 5) верно 1), 2), 4).

10. Причины возникновения разрывов влагалища в родах:

- 1) вагинит.
- 2) стремительное течение родов.
- 3) преждевременные роды
- 4) неправильные (разгибательные) предлежания головки плода.
- 5) верно 1), 2), 4).

Ситуационные задачи.

Задача № 1

В роддом поступила повторнобеременная 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 неотягощен. 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 рт ст 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. Стреловидный 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 № 2

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. 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 брю-

шины.

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 относятся трихомониаз, гонорея, кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кондиломатоз, половой герпес, туберкулез.

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 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 5.

Компетенции: ПК-3 в части УЗ(ПК-3).

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

1. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться:

- 1) в горизонтальном положении.
- 2) с приподнятым ножным концом.
- 3) **в полусидячем положении.**

- 4) лежачь на боку.
- 5) верно 1), 2).

2. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии:

- 1) 32 недели.
- 2) 36 недель.**
- 3) 37-38 недель.
- 4) 39-40 недель.
- 5) 30 недель.

3. При наличии протезов клапанов сердца и отсутствии акушерских осложнений родоразрешение, как правило, проводят путем:

- 1) самостоятельных родов.
 - 2) родовозбуждения.
 - 3) операции кесарева сечения.
 - 4) через естественные родовые пути с исключением потужного периода.**
 - 5) правильно 1), 2).
- 00010

4. Наличие протезов клапанов сердца у беременной, как правило, является показанием:

- 1) для сохранения беременности.
- 2) для прерывания беременности.**
- 3) для пролонгирования беременности в зависимости от состояния женщины.
- 4) для проведения коронарокардиографии в сроке 7-8 нед.
- 5) правильно 1), 2), 3).

5. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием:

- 1) для прерывания беременности.**
- 2) для сохранения беременности.
- 3) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса .
- 4) правильно 2), 3).
- 5) принимает решение женщина.

6. При пролапсе митрального клапана беременность:

- 1) можно сохранить.
- 2) прервать.
- 3) пролонгировать под наблюдением кардиолога.**
- 4) зависит от возраста беременной.
- 5) принимает решение женщина.

7. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием:

- 1) для сохранения беременности.
- 2) для прерывания беременности.**
- 3) для пролонгирования в зависимости от состояния.
- 4) для пролонгирования в зависимости от возраста беременной.
- 5) принимает решение женщина.

8. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде:

- 1) лактацию подавляют сразу.**

- 2) разрешают кормление новорожденного.
- 3) вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы.
- 4) решение вопроса о лактации зависит от состояния новорожденного.
- 5) принимает решение женщина.

9. При мерцательной аритмии, диагностированной до 12 недель, беременность нужно:

- 1) сохранить.
- 2) прервать.
- 3) пролонгировать в зависимости от состояния беременной.
- 4) решение вопроса зависит от акушерско-гинекологического анамнеза.
- 5) правильно 3),4).

10. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо:

- 1) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины.
- 2) прервать.
- 3) сохранять.
- 4) вопрос о возможности пролонгирования решается после консультации врача-реабилитолога.
- 5) принимает решение женщина.

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

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.

Раздел 6.

Компетенции: ОПК-4 в части У1(ОПК-4); ПК-2 в части 35(ПК-2); ПК-3 в части 31(ПК-3).

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

1. Уплощение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза:

- 1) поперечносуженного.
- 2) простого плоского.
- 3) плоско-рахитического.**
- 4) общеравномерносуженного.
- 5) кососмещенного.

2. 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).

3. Указанные особенности биомеханизма родов: - долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз; - выраженное сгибание головки плода; - строго синклитическое вставление головки плода характерны для следующей формы анатомически узкого таза:

- 1) общеравномерносуженного.**
- 2) общесуженного плоского.
- 3) простого плоского.
- 4) поперечносуженного.
- 5) плоско-рахитического.

4. Степень сужения таза определяется, как правило, по уменьшению размера:

- 1) анатомической конъюгаты.
- 2) истинной конъюгаты.**
- 3) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба.
- 4) высоты стояния дна матки.
- 5) поперечного размера матки.

5. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения:

- 1) I.**
- 2) II.
- 3) III.
- 4) IV.
- 5) показатель не информативен.

6. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к степени сужения:

- 1) I.

- 2) II.
- 3) III.
- 4) IV.
- 5) показатель не информативен.

7. В прогнозе родов через естественные родовые пути при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет:

- 1) высота дна матки.
- 2) окружность живота.
- 3) диаметр живота плода..
- 4) диаметр живота беременной.
- 5) длина плода.

8. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют:

- 1) об окончании первого периода родов.
- 2) о начавшемся разрыве матки.
- 3) о клинически узком тазе.
- 4) об ущемлении передней губы шейки матки.
- 5) правильно 2).

9. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правилен выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий):

- 1) внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления потуг и естественного родоразрешения..
- 2) наложение акушерских щипцов.
- 3) вакуум-экстракция плода.
- 4) операция кесарева сечения.
- 5) правильно 1) и 2)

10. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильна следующая акушерская тактика:

- 1) внутривенная капельная стимуляция окситоцином.
- 2) применение приема Кристеллера или бинта Вербова.
- 3) проведение наружного поворота плода на тазовый конец.
- 4) проведение операции кесарева сечения.
- 5) правильно 1) и 2).

Ситуационные задачи.

Задача №1.

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

Объем операции при злокачественном поражении яичников?

Эталон ответа. Онкомаркёры в сыворотке крови, УЗИ органов малого таза, колоноскопия. Необходима тотальная гистерэктомия с маточными придатками и резекция большого сальника;

Задача №2.

Пациентка 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. Находится на диспансерном учёте по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции.

Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз? Что характерно для рака Крукенберга?

Эталон ответа. Фиброгастродуоденоскопия. Характерно двустороннее поражение яичников.

Задача №3.

У пациентки 52 лет с ожирением и диабетом на фоне постменопаузы неожиданно появились кровянистые выделения из половых путей. При осмотре: матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна, грушевидной формы. Придатки матки не увеличены. Околوماتочная клетчатка не инфильтрирована. Шеечный канал закрыт. Шейка матки без эрозии. Кровянистые выделения из матки в небольшом количестве. Результат морфологического исследования биоптата эндометрия: высокодифференцированная аденокарцинома.

Какой фактор не относится к фактору риска рака тела матки? Что необходимо для планирования лечения после установленного диагноза?

Эталон ответа. Инфицирование вирусом папилломы человека. Необходимо выполнить МРТ органов малого таза.

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).

При задне-теменном асинклитическом вставлении головки доношенного не крупного плода следует применить:

- 1) кесарево сечение.**
- 2) родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков
- 3) внутривенное введение спазмолитиков или токолитиков
- 4) акушерские щипцы
- 5) вакуум-экстракцию плода

2. Для обезболивания роженицы при узком тазе лучше применять:

- 1) морфиноподобные препараты.
- 2) антигистаминные средства.
- 3) спазмолитики.

4) ингаляционные анестетики.

5) правильно 1), 2).

3. Функциональную оценку таза следует проводить:

1) в конце I периода родов.

2) во II периоде родов.

3) после излития околоплодных вод.

4) период родов значения не имеет.

5) при поступлении.

4. Если анатомически узкий таз сочетается с передне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести:

1) со стимуляцией окситоцином

2) со спазмолитиками

3) в зависимости от формы анатомически узкого таза.

4) в зависимости от роста роженицы.

5) кесаревым сечением.

5. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:

1) консервативно.

2) в зависимости от формы анатомически узкого таза.

3) в зависимости от массы тела плода.

4) только путем кесарева сечения.

5) правильно 1).

6. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом:

1) проводится всегда.

2) не проводится.

3) в зависимости от артериального давления роженицы.

4) в зависимости от предлежания плода.

5) правильно 3), 4).

7. Для выбора тактики ведения родов важнее всего определить:

1) форму анатомически узкого таза.

2) степень сужения таза.

3) росто-весовые показатели женщины.

4) все перечисленное.

5) правильно 1), 2).

8. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода:

1) передний асинклитизм.

2) задний асинклитизм.

3) высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом).

4) правильно 1), 2), 3).

5) правильно 1).

9. При поперечном положении плода и открытии шейки матки на 6 см следует:

1) произвести наружный поворот плода на головку.

2) предоставить сон-отдых на 1-2 часа.

- 3) ввести спазмолитики.
- 4) начать родостимуляцию.
- 5) произвести кесарево сечение.

10. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:

- 1) комбинированного акушерского поворота плода на головку. с последующей его экстракцией.
- 2) наружного акушерского поворота плода на головку.
- 3) родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот плода.
- 4) операции кесарева сечения.
- 5) правильно 2), 3).

Ситуационные задачи.

Задача №1.

В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобой на вторичное бесплодие в течение 4 лет. Первая беременность окончилась криминальным абортom. Менструальный цикл не нарушен. Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей женщины, матка нормальных размеров, в правильном положении, подвижна, безболезненна. Придатки матки уплотнены с обеих сторон, ограничены в подвижности, умеренно болезненны. Шейка матки без эрозии, бели слизистые, прозрачные.

Какой фактор бесплодия наиболее вероятен в данном случае? Какой метод исследования проходимости маточных труб наиболее информативен?

Эталон ответа. Патология маточных труб. Гистеросальпингография.

Задача №2.

Пациентка 30 лет, жалоба на бесплодие во втором браке. Имела в первом браке нормальные роды и два больничных аборта. Менструации регулярные, через 28 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Бимануальное исследование не обнаружило каких-либо отклонений от нормы. В зеркалах: шейка матки без изменений, цвет слизистой влагалища розовый, светлые бели в небольшом количестве. Муж обследован, спермограмма не изменена.

Сколько факторов женского бесплодия существует по протоколу ВОЗ?

Какая причина (фактор) бесплодия возможна в данном случае?

Эталон ответа. Двадцать два фактора. Причина может быть установлена после лапароскопии.

Задача №3.

Пациентка 29 лет обратилась с жалобой на затяжное маточное кровотечение после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на ХГЧ отрицательный. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью влагалищного зеркала патологических изменений не обнаружено. Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат морфологического исследования эндометрия: фаза пролиферации.

Какая ситуация имеет место в данном случае? Для регуляции менструального цикла целесообразно использовать?

Эталон ответа. Дисфункциональное маточное кровотечение. Необходим гормональный гемостаз эстрогенами.

VIII. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Компетенция: УК-5

Тестовый контроль

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

1. Медицинская этика – это:

- 1) специфическое проявление общей этики в деятельности врача;
- 2) наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников;
- 3) наука, помогающая выработать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств;
- 4) верно все вышеперечисленное;**

2. Медицинская деонтология – это:

- 1) самостоятельная наука о долге медицинских работников;
- 2) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики.**

3. Понятие "медицинская этика" включает в себя понятие "медицинская деонтология":

- 1) да;**
- 2) нет.

4. Понятие "медицинская этика" включает в себя:

- 1) форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников;**
- 2) форму правовой регуляции деятельности медицинских работников.

5. Понятие "медицинская деонтология" включает в себя:

- А) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников;**
- Б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников.

6. Какая из приведенных ниже моделей взаимоотношений "врач-пациент" наиболее рациональна с позиции интересов пациентов?

- 1) "инженерно-техническая модель" - врач как специалист;
- 2) "патерналистская модель" - врач как "духовный отец";
- 3) "кооперативная модель" - сотрудничество врача и пациента;**
- 4) "договорная модель" - врач как "поставщик", а пациент - "потребитель медицинских услуг".

7. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии?

- А) взаимоотношения врача и пациента;
- Б) взаимоотношения врача и родственников пациента;
- В) взаимоотношения в медицинском коллективе;
- Г) взаимоотношения медицинских работников и общества;
- Д) все названное.**

8. Что составляет предмет врачебной тайны?

- А) сведения о состоянии пациента в период его болезни;
- Б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;

В) все вышеперечисленное.

9. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- А) защиты внутреннего мира человека, его автономии;
- Б) защиты социальных и экономических интересов личности;
- В) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент";
- Г) поддержания престижа медицинской профессии;

Д) все вышеперечисленное.

10. Какое из приведенных ниже определений более соответствует понятию "биоэтика"?

- А) достижения в области биомедицинской технологии;

Б) социальные, правовые и этические последствия использования достижения биомедицинской технологии.

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 (выделены жирным шрифтом).

1. Антенатальная гибель – это: [SEP]

1) гибель плода во время беременности.

2) гибель плода в 1 периоде родов. [SEP]

3) гибель плода во 2 периоде родов. [SEP]

4) летальный исход в первые 7 суток после рождения.

5) летальный исход в первые 45 суток после рождения.

2. Интранатальной гибелью плода называется:

- 1) гибель плода до 20 недель беременности.
- 2) гибель плода после 20 недель беременности.
- 3) гибель плода во время родов.**
- 4) летальный исход в первые 7 суток после рождения.
- 5) летальный исход в первые 45 суток после рождения.

3. Причинами синдрома потери плода, определяемыми современными методиками, являются:

- 1) эндокринные нарушения.
- 2) анатомические нарушения.
- 3) иммунологические нарушения.
- 4) инфекционные.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)**

4. Методики исследования факторов риска повторных репродуктивных потерь определяют:

- 1) нарушение процессов имплантации и инвазии трофобласта.
- 2) чрезмерная коагуляционная активность свертывающей системы во время беременности.
- 3) урогенитальные инфекции, нарушения микроценоза влагалища.
- 4) субкомпенсированная экстрагенитальная патология.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)**

5. Синдром потери плода – это:

- 1) один и более самопроизвольных выкидыша или неразвивающаяся беременность на сроке гестации 10 недель и более.
- 2) мертворождение.
- 3) ранняя неонатальная смерть.
- 4) три и более самопроизвольных выкидыша на преемплантационной и ранней эмбриональной стадиях (до 8 недель гестации).
- 5) верно 1), 2), 3), 4)**

6. Показаниями для современных методик амниоцентеза являются:

- 1) лечебный амниоцентез в случае выраженного многоводия.
- 2) изосерологическая несовместимость крови матери и плода.
- 3) целесообразность определения кариотипа плода при выявлении порока развития.
- 4) высокий риск хромосомных нарушений.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)**

7. К осложнениям современных методик амниоцентеза относятся:

- 1) прерывание беременности.
- 2) ранение плода и/или повреждение пуповины.
- 3) хориоамнионит.
- 4) ранение мочевого пузыря, кишечника беременной.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)**

8. Взятый во время родов, анализ крови плода позволяет диагностировать:

- 1) отслойку плаценты.
- 2) метаболический ацидоз.**
- 3) пороки развития.
- 4) резус-конфликт.

9. К факторам риска внутриутробной гибели плода относятся:

- 1) аутоиммунные заболевания беременной.
- 2) фета-фетальный трансфузионный синдром.
- 3) преждевременная отслойка плаценты.
- 4) переношенная беременность.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)

10. Методики оценки факторов риска развития перинатальной патологии учитывают:

- 1) возраст беременной.
- 2) акушерско-гинекологический анамнез.
- 3) наличие экстрагенитальной патологии.
- 4) течение беременности.
- 5) верно 1), 2), 3), 4)

Собеседование.

1. Родовой травматизм матери и плода: разрывы промежности, шейки матки, влагалища.
2. Методики ушивания разрывов родовых путей.
3. Методы ведения родильниц с тяжелыми травмами родовых путей.
4. Методики диагностики родовой травмы плода, натальных и перинатальных повреждений.
5. Современные методики при ведении беременности и заболеваний сердечно-сосудистой системы.
6. Методы оценки влияния гипертонической болезни на течение беременности, плод и новорожденного.
7. Методики диагностики предсуществовавшей гипертонической болезни.
8. Современные методики ведения послеродового периода на фоне беременности, осложненной гипертонической болезнью.
9. Методы дифференциальной диагностики преэклампсии, гипертонической болезни, гломерулонефрита и пиелонефрита у беременных.
10. Методики определения степени риска для вынашивания беременности при гипертонической болезни и исхода родов для матери и плода.

Компетенция: ПК-2

Тестовый контроль

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

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Гестагены обладают следующим влиянием на организм:

- 1) гипертермическим.
- 2) усиливают отделение желчи.
- 3) снижают отделение желудочного сока.
- 4) повышают уровень кортикостероидов.
- 5) усиливают мочеотделение.

5. 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

6. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:

- 1) двуфазность менструального цикла.
- 2) уровень холестерина.
- 3) степень чистоты влагалища.
- 4) наличие ИППП.
- 5) наличие атипических клеток.

7. 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.

8. Пройоменорея – это:

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

9. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:

- 1) симптом "зрачка" (четыре креста).
- 2) двухфазная базальная температура.
- 3) в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - поздняя фаза секреции.
- 4) симптом "зрачка" (три креста).

5) симптом кристаллизации (четыре креста).

10. Для ановуляторного менструального цикла с атрезией фолликулов характерно:

1) высокий уровень эстрогенов.

2) опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми выделениями.

3) высокий уровень прогестерона.

4) двухфазная базальная температура.

5) в соскобе эндометрия во второй фазе – секреторная трансформация.

Собеседование.

1. Беременность и острая хирургическая патология: диагностические сложности хирургической патологии в различные сроки беременности.
2. Кровотечения во время беременности: нормальное расположение плаценты.
3. Причины атипичных расположений плаценты.
4. Классификация предлежаний плаценты.
5. Течение беременности и родов при предлежании плаценты. Методы диагностики.
6. Причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, частота этой патологии. Клиника и методы диагностики.
7. Кровотечения во время родов в последовом и раннем послеродовом периодах: акушерская тактика во время беременности и 1 периоде родов.
8. Акушерская тактика во втором периоде родов. Меры профилактики.
9. Продолжительность нормального послеродового периода.
10. Механизм остановки кровотечения в последовом периоде.
11. Причины кровотечения в последовом периоде.
12. Аномалии прикрепления плаценты, диагностика, клиника, акушерская тактика. Причины гипо- и атонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, клиника, диагностика, методы лечения гипотонического кровотечения.
13. Показания для хирургических методов лечения при гипотоническом кровотечении.
14. Причины ДВС-синдрома, клиника, диагностика, основные принципы лечения ДВС-синдрома, профилактика.
15. Шок и терминальные состояния в акушерстве.

Компетенция: ПК-3

Тестовый контроль

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

1. Особенности нормального менструального цикла являются:

1) овуляция.

2) образование желтого тела в матке.

3) преобладание эстрогенов во второй фазе цикла.

4) монофазная базальная температура.

5) симптом кристаллизации отрицателен в течение всего цикла.

2. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

- 1) циклические изменения в организме.
- 2) длительная персистенция фолликула.**
- 3) преобладание гестагенов во второй фазе цикла.
- 4) преобладание гестагенов в первую фазу цикла.
- 5) атрезия фолликула

3. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

- 1) гонадотропины.
- 2) эстрогены.
- 3) гестагены.
- 4) рилизинг-факторы.**
- 5) соматотропный гормон.

4. Рилизинг-факторы осуществляют:

- 1) передачу нервных импульсов в эндокринную систему.**
- 2) выработку гонадотропинов.
- 3) выработку прогестерона.
- 4) выработку эстрогенов.
- 5) выработку холестерина.

5. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем:

- 1) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)**
- 2) нижележащее звено не влияет на функцию вышележащего
- 3) функция звеньев асинхронна
- 4) выключение одного звена нарушает всю систему в целом
- 5) действуют автономно

6. Эстрогены секретируются:

- 1) клетками внутренней оболочки фолликула.
- 2) желтым телом.
- 3) корковым веществом надпочечника
- 4) верно 1), 2), 3).**
- 5) верно 1)

7. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется:

- 1) глюкокортикоиды.
- 2) альдостерон.**
- 3) норадреналин.
- 4) андрогены.
- 5) прогестерон.

8. ФСГ стимулирует:

- 1) рост фолликулов в яичнике.**
- 2) продукцию кортикостероидов
- 3) продукцию ТТГ в щитовидной железе
- 4) выработку холестерина
- 5) выработку андрогенов

9. Малые дозы эстрогенов:

- 1) стимулируют продукцию ФСГ.**
- 2) подавляют продукцию ФСГ.

- 3) усиливают продукцию ЛГ.
- 4) подавляют продукцию ЛТГ.
- 5) подавляют продукцию прогестерона.

10. 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.

Собеседование.

1. Техника операций, возможные осложнения.
2. Ведение послеоперационного периода, реабилитация женщин с преждевременной хирургической менопаузой.
3. Заболевания щитовидной железы и беременность: частота встречаемости различных заболеваний щитовидной железы, этиология и патогенез.
4. Влияние тиреоидных гормонов на репродуктивную функцию женщины.
5. Особенности течения и ведения беременности у женщин с заболеваниями ЩЖ. Принципы йодной профилактики и лечения.
6. Послеродовые септические заболевания. Септический шок.
7. Общие аспекты инфицирования беременных. Классификация послеродовых септических заболеваний.
8. Клиника хориоамнионита, эндометрита, акушерского перитонита.
9. Основные принципы диагностики и лечения. Профилактика перитонита после операции кесарева сечения, сепсис, клиника, диагностика. Интенсивная терапия при сепсисе. Инфекционно-токсический шок, патогенез, клиника и диагностика. Патологическая анатомия инфекционно-токсического шока. Лечение инфекционно-токсического шока.
10. Отдаленные последствия сепсиса и инфекционно - токсического шока, профилактика.
11. Многоплодная беременность. Определение многоплодной беременности. Однояйцовые и двуяйцовые двойни. Этиология. Диагностика.
12. Течение и ведение беременности с многоплодием. Методы родоразрешения.
13. Специфические осложнения многоплодной беременности: синдром фето-фетальной трансфузии, обратная артериальная перфузия, внутриутробная гибель одного из плодов, сросшиеся близнецы.
14. Миома матки и беременность: современные вопросы этиологии и патогенеза доброкачественных опухолей матки. Принципы прегравидарной подготовки женщин с миомой матки.
15. Ведение беременности после миомэктомии, при множественной миоме матки, после эмболизации маточных артерий. Принципы родоразрешения, показания к гистерэктомии.

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 подтвер- | Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с об- | Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что под- | Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных |

| | | | |
|--|---|--|---|
| ждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины | разцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне. | тверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке | 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 изуча- | высокое умение объяснять сущность, явлений, | высокая логичность и последовательность от- |

| | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | емой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа | процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры | вета |
| 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, вы- | высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы | высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные | высокий уровень профессионального мышления |

| | | | | |
|---------------------|---|--|---|---|
| | полнены | | навыки решения ситуации | |
| 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 |