Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

по специальности

*31.05.01 Лечебное дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело* утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Протокол № 8 от 25.03.2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

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

 *для специальности 31.05.01 Лечебное дело*

(ОК-1) способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

(ОПК-5) способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок

(ПК-1) способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2) способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

(ПК-6) способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

(ПК-7) готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

(ПК-8) способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

(ПК-9) готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

(ПК-12) готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов

(ПК-15) готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-7 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека | U3 ПК-7 **Знать** основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы  | # К признакам живорождения относят наличие:розового цвета кожных покровов +пульсации пуповинырефлексовтонуса мышц. # Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности:+до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недельнезависимо от срока беременности# [Медицинские критерии](http://ivo.garant.ru/#/document/70113066/entry/1000) рождения утверждены приказом:+Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н"О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи"Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"Конституцией Российской ФедерацииПорядком оказания акушерско-гинекологической помощи# Какая глава Федерального закона N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентирует вопросы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья?глава 1глава 3глава 5+глава 6глава 10# Какие отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и определяет:правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья гражданправа и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих правполномочия и ответственность органов государственной власти РA, органов государственной власти субъектов РA и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников+все ответы верны# Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является:диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периодапредупреждение и ранняя диагностика патологии новорожденныхпредупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности+предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных# Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации регламентирован:+приказ 572н Минздрава РФ от 1 ноября 2012 годаприказ 808н Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 годаприказ 752н Минздрава РФ от 12 ноября 2012 годаприказ 484н Минздрава РФ от 14 октября 2003 года# Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности проводится в сроки:10-12, 18-22, 30-32 недели+11-14, 18-21, 30-34 недели7-8, 11-14, 20-21 недели11-14, 20-21, 32-34 недели10-12, 18-21, 32-34 недели# На медицинские учреждения какой формы собственности распространяется Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации?государственные медицинские учреждениячастные медицинские учреждения+на все медицинские учреждения вне зависимости от формы собственностимуниципальные медицинские учреждения# Искусственное прерывание беременности по наличии медицинских показаний проводится при сроке беременности:до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недель+независимо от срока беременности# Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736т определяет:+перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременностиперечень социальных показаний для искусственного прерывания беременностиперечень медицинских и социальных показаний для искусственного прерывания беременностипротивопоказания к прерывания беременности# Медицинскими критериями рождения являются:+срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, - при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)срок беременности 22 недели и болеемасса тела ребенка при рождении 500 грамм и более ( или менее 500 грамм при многоплодных родах)длина тела ребенка при рождении 25 см и более# Медицинская стерилизация это:+медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по устному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше двадцати лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее пятерых детей# В Российской Федерации проводятся следующие виды экспертиз:экспертиза временной нетрудоспособностимедико-социальная экспертизавоенно-врачебная экспертизасудебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизаэкспертизы профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией+все ответы верны# Законодательством Российской Федерации за незаконное проведение искусственного прерывания беременности установлена ответственность:+административная и уголовнаяадминистративнаяуголовнаясудебная# Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях:+в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощитолько на основе платных услугтолько по договорам добровольного медицинского страхованиявсе ответы верны |
| U3 ПК 7 **Уметь** заполнять типовую медицинскую документацию; применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть.**Владеть** правильным ведением медицинской документации. | # Пациентка 30 лет. По данным ультразвукового исследования диагностирована беременность тройней. В каком сроке беременности и какой продолжительностью будет выдан листок нетрудоспособности по беременности и родам?в 30 недель на 140 дней+ в 28 недель на 194 дняв 30 недель на 194 дняв 28 недель на 156 днейв 32 недели на 70 дней# Пациентка 42 лет. Родоразрешена операцией кесарева сечения в плановом порядке по поводу тазового предлежания крупного плода. Что является показанием для выдачи дополнительного листка нетрудоспособности по беременности и родам на 16 дней?+оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечениетазовое предлежание плодакрупный плодвозраст пациентки 42 года.# По факту рождения ребенка родителям новорожденного для регистрации его в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) в родильном доме выдается:свидетельство о рождении ребенкалисток по факту рождения ребенка+медицинское свидетельство о рожденииобменная карта новорожденногопаспорт новорожденного#Заполнение листка нетрудоспособности в бумажной форме проводится:ручкой с синими чернилами+гелиевой ручкой с черными черниламишариковой ручкой с черными черниламитребований к письменным принадлежностям нет. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-12 готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов | U3 ПК-12 **Знать**Современные принципы ведения беременности и родов | # Своевременные роды – это роды в: сроке 38-41 неделя гестации+сроке 37 нед 1 день-41 неделя36 недель-40 недель37-42 недели# В родах обязательным является ведение:+партограммыкрипрогрмаммыфонограммыэлектрокардиограммы# Семейно-ориентированные роды это:+роды с участием членов семьиРоды, проходящие в домашних условияхРоды вне лечебного учрежденияРоды только в перинатальных центрах# Объективные признаки начала родовОтсутствие открытия шейки матки Нерегулярные схваткообразные боли внизу животаБурное шевеление плода+Регулярные схватки чрез 10 минут и чаще# При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен:Оценить состояние роженицы и выслушать сердцебиение плодаВсе ответы верны+Провести наружний акушерский осмотр и внутренне акушерское исследованиеУстановить диагноз при поступлении и выработать план ведения родов# Постоянный мониторинг за состоянием плода в родах показан:Переношенная беременностьПреэклампсияСахарный диабетМекониальная окраска вод+Все вышеперечисленное# Для обезболивания в родах используются:Внутривенная аналгезияСпазмолитики+Наркотические анальгетикиВ родах обезболивание не используется#При поступлении роженицы в родильный блок врач должен:провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазуОпределить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуациюОценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов+все ответы верны# Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу:1,2 см/час2,5 см/час+0,35 см/час1,5 см/час# Второй период родов длится:С начала потужной деятельностиС открытия маточного зева 8 смЗаканчивается рождением последа+с момента полного открытия до рождения ребенка# Максимальная длительность третьего периода родов:+30 минут1 час5-7 минут беременности45 минут# Во втором периоде родов акушерка должна находиться с роженицей:По требованию роженицы+постоянноКаждые 10 минутНе должна быть в род зале# Признаки удовлетворительного состояния ребенка при рождении:+розовый цвет кожичастота сердечных сокращений менее 100 в минутуредкое дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крикСинюшная окраска кожиЧастота сердечных сокращений 60 ударов в минуту# Пережатие и отсечение пуповины происходит:сразу после рождения ребенкачерез 30 секунд+через 1 минуту, но не более 10 минут после рождения ребенкаПо желанию женщины# С целью профилактики кровотечения в родах используется:+10 ЕД окситоцинаэнзапрост25 ЕД окситоцинаДицинон 500 ЕД# Допустимая кровопотеря в родах+Не более 0,5 % от массы тела1% от массы тела0,25 % от массы тела1,5 % от массы тела |
| U3 ПК 12 **Уметь** Правильнооценивать данные анамнеза, течения беременности, медицинские и социальные показания и противопоказания к сохранению беременности**Владеть** навыками приема физиологических родов | # Первобеременная пациентка 30 лет поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 39 см. Выберете способ родоразрешения:+экстренное кесарево сечениеСамостоятельные роды с оказанием пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды без оказания пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды с оказанием пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и пособия по Морисо-Левре-Лашапель# Пациентка 22 лет. Родила мальчика весом 3500 г 54 см. Через 30 минут послед не отделился, кровотечения нет, признаки отделения последа положительные. Ваша тактика:+выделение последа наружными способами по Абуладзе, Гентеру или Креде -ЛазаревичуРучное отделение и выделение последа под внутривенным обезболиваниемРучное отделение и выделение последа без обезболиванияНеобходимо подождать еще 30 минут# Пациентка 30 лет поступила в родом с жалобами на кровянистые безболезные умеренные выделения из половых путей на фоне абсолютного спокойствия. Матка в нормотонусе, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 144 уд в минуту. Положение плода поперечное. Ваш диагноз:Прежедевременная отслойка нормально расположенной плаценты+Предлежание плацентыЭрозия шейки маткиКровоточащий полип цервикального канала |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-1Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. | U3 ПК-1**Знать** биологические и средовые факторы, формирующие здоровье семьи. | # Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет15–20% 25–30% +35–40% 45–50% 55–60% # Специализированные приемы целесообразно организовывать в женской консультации с мощностью (на число участков4 5 Не менее 6 7 + 8 и более # Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин являетсяЧисло осмотренных женщин Число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет Число женщин, направленных на лечение в санатории +Доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин Правильно а) и б) # Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя: 1) Знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории 2) Выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности 3)Знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать 4)Знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий +Верно 1, 2, 3 Верно 1, 2 Все перечисленное правильно Верно 4 Ничего из перечисленного неправильно# Понятие «планирование семьи», вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают 1) избежать нежелательной беременности 2) регулировать интервалы между беременностями 3) производить на свет желанных детей 4) повышать рождаемость +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больныес бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции 2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов 3) с доброкачественными опухолями половой сферы 4) с трихомониазом+верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы: 1) обследование женщины в женской консультации 2) обследование и лечение супружеской пары в консультации «Брак и семья» 3) стационарное обследование и лечение в гинекологическом (урологическом) отделении больницы, профильного НИИ 4) проведение периодических медицинских осмотров + верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается 1) медицинский осмотр контингента женщин, работающих во вредных условиях производства 2) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу 3) больных, состоящих на диспансерном учете 4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно +верно 4 все перечисленное неправильно # Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста 3) организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них 4) организацию выездных бригад медицинской помощи +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно # Основная цель перехода здравоохранения на медицинское страхование населения заключается в следующем улучшить медицинскую помощь населению 2) предоставить пациентам (потребителям медицинских услуг) свободу выбора лечащего врача и лечебно-профилактического учреждения 3) привлечь дополнительные ассигнования на затраты, связанные с оказанием медицинской помощи населению 4) увеличить заработную плату работникам здравоохранения за счет организации и интенсификации их труда +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все ответы правильны верно 4 все ответы неправильны # В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для: оценки готовности организма беременной к родам диагностики ранних сроков беременности оценки состояния плода диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки +всего перечисленного выше # Женщины с ДМК составляют группу риска 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил 3) по развитию опухолей гениталий 4) по развитию опухолей молочных желез верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +по всему перечисленному верно 4 ни по чему из перечисленного# Факторы риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия нарушение жирового обмена стрессовые ситуации нарушение менструального цикла верно а) и б) +все перечисленное# Факторы риска по возникновению рака шейки матки 1) более 3 родов в анамнезе 2) вирусная инфекция 3) ожирение 4) первичное бесплодие верно 1, 2, 3 +верно 1, 2 верно все перечисленное# В последние годы отмечается связь развития воспалительных трубоовариальных образований 1) с абортами, самопроизвольными выкидышами 2) с гистеросальпингографией, гистероскопией 3) с нахождением в полости матки внутриматочной спирали 4) с родами верно 1, 2, 3 верно 1, 2+со всем перечисленным верно 4 ни с чем из перечисленного |
| U3 ПК-1**Уметь** проводить мониторинг состояния здоровья женского населения, проводить профилактику абортов и их осложнений. − Проводить анализ причин гинекологической заболеваемости и намечать пути их устранения. | # Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии 1) предупреждение абортов 2) проведение реабилитации после аборта 3) своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов 4) учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +верно все перечисленное верно 4 все перечисленное неверно# При бактериальном вагинозе наблюдается + резкое снижение количества лактобактерий +увеличение рН вагинального содержимого +увеличение условно-патогенных микроорганизмов снижение местного иммунного статуса снижение рН вагинального содержимого# Предрасполагающие факторы к развитию эндометрита + диагностическое выскабливание +внутриматочные контрацептивы  использование комбинированной оральной контрацепции  длительная лактация  двое и более родов в анамнезе  |
| U3 ПК-1**Владеть** методами консультирования по профилактике инфекций передающихся половым путем. | # Возбудителями неспецифического вагинита может быть хламидии  микобактерии +кишечная палочка трихомонады # Для профилактики вульвовагинита наиболее эффективны:спринцевание настоем травспермициды+кандон (презерватив) эубиотики  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-2 Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения  | U3 ПК-2 **Знать** закономерности роста и развития органов репродуктивной системы девочки, девушки, женщины. Возрастные анатомо-физиологические особенности женского организма. | # Под действием эстрогенов не происходит:ороговения эпителия влагалища и мочеполового трактапролиферации выводных протоков молочных желез+повышения выведения аскорбиновой кислоты с мочойпролиферации паренхимы молочных железпродукции шеечной слизи# Физиологическое повышение уровня пролактина происходитво время снав период лактациипри физической нагрузкепри перемене места жительства и стрессе+все ответы верны.# При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет0,2–0,3˚С+0,4–0,6˚С0,7–0,8˚С0,9–1,5˚С# Кариопикнотический индекс – это процентное отношениеэозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке+поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазкебазальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазкеповерхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам# Для мужского типа телосложения характерноуменьшение межакромиального расстоянияувеличение или уменьшение длины телаувеличение межвертельного размера+увеличение окружности грудной клеткиувеличение массы тела# Для евнухоидного типа характерно+увеличение длины телауменьшение длины ногувеличение межвертильного размеранеравные межакромиальные и межвертильные размеры# При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом+нормопонирующимантепонирующимпостпонирующимнерегулярным# Первая менструация может появиться у девочек среднего роста (159 – 162 см.) лишь при достижении ими массы тела+45 – 47 кг.48 – 50 кг.51 – 53 кг.54 кг и более# Задержка полового развития – это отсутствие+вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 16 г.вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 16 г.вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 18 г.вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 18 г.# Какое из следующих состояний часто встречается у новорожденных девочек и обычно не требует лечения?+слизистые выделения из влагалища;сращение половых губ;выпадение уретры;эктопия ануса.# Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:7-8 см;9-10 см;+10-12 см;15-18 см;19-20 см.# Матка располагается в малом тазу следующим образом:+тело и шейка матки располагаются под углом друг к другу;тело матки располагается в узкой части полости малого таза;влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются ниже уровня седалищных остей;все ответы правильные.# Среднее количество крови, которое теряет женщина во время менструации:150 – 200 мл;+50 – 70 мл;90 – 100 мл;100 – 150 мл;более 200 мл.# Наступление менструации не зависит от:стероидных гормонов яичника;чувствительности эндометрия к половым стероидам;количество гонадотропинов;+проходимости фаллопиевых труб.# Характеристика физиологической менструации:нерегулярная;+умеренная;болезненная;длительная;скудная. |
| U3 ПК-2 **Уметь** проводить мониторинг состояния здоровья женского населения | # Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин являетсячисло осмотренных женщинчисло гинекологических больных, взятых на диспансерный учетчисло женщин, направленных на лечение в санатории+доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больныес бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функциивоспалительными заболеваниями женских половых органовс доброкачественными опухолями половой сферы+Все вышеперечисленные# Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотрконтингента женщин, работающих во вредных условиях производствадекретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работубольных, состоящих на диспансерном учете+женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний# Система гинекологической помощи детям и подросткам не включает следующие основные этапыработу в дошкольных и школьных учрежденияхорганизацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возрастаорганизацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них+организацию выездных бригад медицинской помощи |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-15 Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний | U3 ПК-15 **Знать** основные принципы диспансеризации женского населения различных возрастных и социальных групп -особенности профилактики заболеваний у женщин; - основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования - формы и методы санитарно-просветительной работы среди женщин и медицинского персонала  | # По результатам профилактических осмотров женщин формируют следующее число групп по состоянию здоровья: 3 4+5 6 2# Число групп диспансерного наблюдения составляет:+3 4 5 6 2# Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является: число осмотренных женщин число гинекологических больных, взятых на диспансерный учетчисло женщин, направленных на лечение в санатории +доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин # Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий +верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно верно 4 ничего из перечисленного неправильно# Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные 1) с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов 3) с доброкачественными опухолями половой сферы 4) с трихомониазом +верно 1, 2, 3 верно 1, 2все перечисленное правильно верно 4 все перечисленное неправильно# Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр1) контингента женщин, работающих во вредных условиях производства2) декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу 3) больных, состоящих на диспансерном учете 4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний верно 1, 2, 3 верно 1, 2 все перечисленное правильно +верно 4 все перечисленное неправильно# Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы 1) работу в дошкольных и школьных учреждениях 2) организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста 3) организацию специализированных стационаров с консультативным кабинетом при них 4) организацию выездных бригад медицинской помощи +верно 1, 2, 3верно 1, 2 все перечисленное правильноверно 4) все перечисленное неправильно# Профилактика развития рака эндометрия состоитв устранении нарушений овуляциив своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезнив применении гормональной терапии+во всем перечисленном# Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях являетсявизуальный осмотр кольпоскопиярадионуклеидный метод +цитологическое исследование мазков кульдоскопия# С какими заболеваниями шейки матки больные не должны состоять на учете у врача-гинеколога? рецидивирующий полипоз+простая форма лейкоплакиилейкоплакия с атипией дисплазия эритроплакия# К какой группе диспансерного учета следует отнести больную с подозрением на рак яичников? +Iа Iб IIIII IV# К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин 1) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет) 2) имеющих роды до 18 лет 3) перенесших вирусные заболевания половых органов 4) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва в родахверно 1, 2, 3 верно 1, 2 +всех перечисленныхверно 4никого из перечисленных# Профилактика рака шейки матки состоит 1) в диспансеризации больных с применением цитологического и кольпоскопического методов диагностики 2) в регулярных профилактических осмотрах женщин с цитологическим исследованием мазков3) в усовершенствовании работы смотровых кабинетов 4) в постоянной учебе кадров верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +во всем перечисленном верно 4 ни в чем из перечисленного# Факторы риска развития патологии молочных желез 1) раннее менархе2) отсутствие половой жизни 3) поздняя менопауза 4) ожирение, сахарный диабет верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +все перечисленные факторы верно 4 ничего из перечисленного# К группе риска по опухолям яичников относят женщин 1) с нарушением менструальной функции 2) с первичным бесплодием 3) с миомой матки 4) с эндометриозом верно 1, 2, 3 верно 1, 2 +всех перечисленных верно 4 никого из перечисленных# Профилактика развития генитального эндометриоза 1) исключение (по возможности) специального гинекологического исследования во время менструации 2) проведение реабилитационных мероприятий после осложненных родов3) лечение больных с хроническим эндометритом, сальпингоофоритом 4) проведение диатермокоагуляции псевдоэрозии шейки матки за 1- 3 дня до начала менструации верно 1, 2, 3верно 1, 2 +верно все перечисленное верно 4 все перечисленное неверно# Осложнения оральной контрацепции, требующие отмены применяемых препаратов: прибавка в весе; нагрубание молочных желез; +тромбоз вен нижних конечностей;тошнота; нерегулярные маточные кровотечения. |
| U3 ПК-15 **Уметь** организовывать и проводить мероприятия по профилактике и раннему выявлению у женщин гинекологических заболеваний; осуществлять профилактические медицинские осмотры в соответствии со стандартами; проводить санитарно-просветительную работу среди женского населения по формированию элементов здорового образа жизни. | # Проведение профилактического гинекологического осмотра начинается с:опрос апальпации живота и молочных желез +осмотра в зеркалахбимануального осмотравзятия мазков на микрофлору и онкоцитологию# Женщине 40 лет, соматически здоровой, имеющей 3-х детей, в дальнейшем не планирующей беременностей, предпочтительна с целью контрацепции: +хирургическая стерилизация; гормональная контрацепция; ВМС; постинор; презерватив# Замужней женщине 28 лет, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей, матери одного ребенка, необходима контрацепция: гормональная; хирургическая стерилизация; +ВМС; постинор; любой удобный для женщины метод контрацепции. |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**2.** «**Оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся»**

**2.1. Содержание практических разделов дисциплины**

**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

*(практические, клинические занятия, самостоятельная работа)*

**2.1.1.Содержание клинических занятий по акушерству**

**для студентов 4 курса**

**VII семестр**

**Занятие 1. Организация работы акушерского стационара. Особенности эпидемиологического режима.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Структура акушерского стационара.

2. Организация работы приемного отделения, акушерского отделения, послеродового отделения, палаты патологии беременности.

3. Методы диагностики беременности.

4. Расчет срока гестации и времени предоставления дородового отпуска

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза «беременность ... нед.»

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, проверка рефератов, отработка практических навыков)

**Рефераты**

1. Понятие о родовом сертификате.
2. Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы.
3. Стратегия риска в акушерстве и перинатологии.
4. Формирование групп беременных с риском возникновения перинатального патологии.**»**

**Занятие 2. Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие родовых путей. Таз с анатомической и акушерской точки зрения.

2. Размеры большого таза как ориентир размеров малого таза. Способы расчета истинной конъюгаты.

3. Проводная ось таза и угол наклонения таза, возможности его коррекции изменением положения в родах.

4. Физиологические признаки «зрелости» новорожденного, анатомические особенности строения головки плода.

5. Акушерские термины, характеризующие точное расположение плода в матке.

6.Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

 **Практические навыки:**

1. Умение выделять опознавательные пункты плоскостей таза для оценки за продвижением предлежащей части по родовым путям.

2. Умение провести пельвиометрию у пациентки и оценить ее результаты.

4. Уметь рассчитать истинную конъюгату для оценки плоскости входа в малый таз.

5. Оценивать «зрелость» новорожденного.

6. Уметь определять расположение плода в матке.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)

2. устная (устный опрос, отработка практических навыков)

**Занятие 3. Диагностика беременности. Методы обследования беременных. Оценка состояния плода. Пренатальная диагностика состояния плода.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

5. Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Выбрать один правильный ответ

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

1) членорасположение,

2) вид,

3) предлежание,

4) позиция,

5) вставление.

Эталон ответа: 2

2. Выбрать все правильные ответы.

К общим методам обследования беременных относятся:

1) перкуссия

2) влагалищное исследование

3) УЗИ

4) опрос

5) осмотр

Эталон ответа: 1,4,5

3.Установить правильную последовательность

Установите алгоритм действий врача при доношенной беременности:

1) определение акушерской тактики

2) специальные методы исследования

3) общие методы исследования

4) установление клинического диагноза

5) дополнительные методы исследования

Эталон ответа: 3,2,5,4,1

4. Установить соответствие

Установите соответствие между размерами плоскости входа в малый таз и их цифровыми значениями.

Название размера: Величина размера:

1. прямой а) 13,5 см

2. косой б) 12 см

3. поперечный в) 11 см

Эталон ответа: 1в, 2б, 3а

Критерии оценки тестового контроля:

оценка «отлично» – правильные ответы на 91-100% тестовых заданий;

оценка «хорошо» – правильные ответы на 81-90% тестовых заданий;

оценка «удовлетворительно» – правильные ответы на 71-80% тестовых заданий;

оценка «неудовлетворительно» – правильные ответы на 70% и менее тестовых заданий.

 **Решение клинических задач:**

**Задача**

К акушерке ФАП 5 мая обратилась женщина 24 лет с жалобами на задержку месячных. Последняя менструация была с 15 по 19 марта. Пациентку беспокоит тошнота и рвота по утрам. Замужем в течение 6-ти месяцев. От беременности не предохранялась.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, вес 56 кг. АД 120/80 – 115/70 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Акушерский осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Шейка матки и слизистая влагалища цианотичные. Матка увеличена до размеров женского кулака, размягчена, особенно в области перешейка, наклонена кпереди. Придатки не пальпируются. Выделения умеренные, светлые.

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте ответ.

3. Определите тактику акушерки в данной ситуации.

4. Перечислите специалистов, консультацию которых должна получить беременная.

5. Назовите предположительные признаки беременности

Ответ.

1.Предположительный диагноз. Беременность 8 недель

2. Обоснование диагноза:

- наличие предположительных признаков беременности: тошнота, рвота по утрам;

- наличие вероятных признаков беременности: задержка менструации, цианоз шейки матки и слизистой влагалища, увеличение матки до размеров женского кулака

2.Тактика акушерки:

1. собрать анамнез;

2. провести антропометрию;

3. измерить наружные размеры таза;

4. заполнить форму 111/у (индивидуальная карта беременной);

5. дать направления на анализы:

- общий анализ крови и мочи;

- определение группы крови и резус-принадлежности;

- анализ крови на RW, ВИЧ, вирусный гепатит В и С;

- микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, грибы рода кандида;

6. назначить следующую явку через 10 дней

4. Консультации врачей:

- терапевта – не менее двух раз;

- стоматолога – не менее двух раз;

- отоларинголога, офтальмолога не менее одного раза;

- других врачей по показаниям, с учетом сопутствующей патологии

5. Предположительные признаки беременности:

- тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые прихоти;

- изменение обонятельных ощущение;

- утомляемость, раздражительность, сонливость;

- пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков и ореол;

- появление рубцов беременности;

- увеличение живота

**Задача 2**

Акушеркой ФАП вызвана на прием беременная А., 24 лет. По обменной карте предполагаемый срок родов был 2 недели назад. Отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней, тянущие боли в пояснице.

Беременность первая, протекала с явлениями угрозы во II триместре беременности. Была на стационарном лечении в сроке беременности 20-22 недели. Месячные с 15 лет, регулярные, по 2 дня через 35 дней. Соматически здорова. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: рост 170 см, вес 82 кг. АД 120/80,115/80 мм рт. ст., Ps 72 уд./мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. ОЖ 90 см, ВСДМ 34см. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, частота 120 уд./мин., ритмичное. Воды целы. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.

2. Обоснуйте ответ.

3. Определите свою тактику по отношению к женщине.

4. Перечислите способы, помогающие уточнить срок родов.

5. Назовите принципы ведения беременности при перенашивании.

**Ответ:**

1.Постановка диагноза.

Предположительный диагноз. Беременность 42 недели. Переношенная беременность. Внутриутробная гипоксия плода

2. Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

- данных анамнеза – с рок родов был 2 недели назад, пациентка отмечает плохое шевеление плода в течение 2-х дней;

- объективных данных: урежение сердечного ритма и глухость сердечных тонов свидетельствует о внутриутробной гипоксии плода

3. Тактика акушерки:

- направить беременную в родильный дом для решения вопроса о способе родоразрешения;

- объяснить важность госпитализации, проконтролировать госпитализацию

4. Способы, помогающие уточнить срок родов:

- по последней менструации (правила Негеле);

- по оплодотворению;

- по овуляции;

- по первой явке в женскую консультацию;

- по первому шевелению;

- по данным УЗИ

5. Принципы ведения беременности при перенашивании.

При сроке беременности более 40 недель рекомендована госпитализация в стационар для уточнения срока беременности, обследования плода и решения вопроса о методе родоразрешения

**Занятие 4. Принцип работы женской консультации. Диспансеризация здоровых беременных. Определение срока выдачи листа нетрудоспособности по беременности и родам.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Принцип работы женской консультации.

2. Диспансеризация беременных

3. Методы диагностики беременности.

4. Расчет срока гестации и времени предоставления дородового отпуска

 **Практические навыки**:

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза «беременность … нед.»

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

4. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ – исследования.
 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 5. Физиология родов. Понятие готовности организма к родам, причины наступления родов. Клиника родов. Регуляция родовой деятельности. Ведение родов. Оценка состояния плода по шкале Апгар. Первый туалет новорожденного.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие физиологических родов. Причины наступления родовой деятельности, современный взгляд.

2. Симптомокомплекс предвестников родов и прелиминарного периода.

3. Признаки готовности организма женщины к родам.

4. Характеристика периодов родов, клиническое течение родов в различные периоды.

5. Нормальная сократительная деятельность матки во время родов.

6. Биомеханизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

7. Оценка состояния плода по шкале Апгар.

8. Первый туалет новорожденного.

 **Практические навыки:**

1. Умение диагностировать предвестниковый период.

2. Умение отличить период «ложных» родов (прелиминарный период) от начала спонтанной родовой деятельности.

4. Уметь выявлять признаки готовности организма к родам.

5. Оценивать сократительную деятельность матки во время родов

6. Уметь определять физиологическую кровопотерю во время родов и раннем послеродовом периоде.

7. Уметь составлять и интерпретировать партограммы

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям:**

 1. Биомеханизм родов это:

1) совокупность движений плода по родовому каналу

2) врезывание головки плода

3) поворот плода «на ножку»

4) внутренний поворот головки.

 2.Срочные (своевременные роды) – это роды на сроке:

1) 32–34 недели

2) 35–37 недель

3) 38-40 недель

4) 41-42 недели.

 3. Раскрытию шейки матки способствуют:

1) накопление гормонов

2) отхождение околоплодных вод

3) перерастяжение мышц матки

4) «истинные схватки и плодный пузырь.

 4. Полным считается открытие шейки матки на:

1) 10-12 см

2) 18-20 см

3) 6 - 9 см

4) 4 - 5 см.

 5. Нормой считается следующее количество сердцебиений плода в минуту:

1) 120-140

2) 160-180

3) 100-110

4) 50-70.

 6. Признаками начала первого периода родов считают:

1) регулярную родовую деятельность

2) излитие околоплодных вод

3) полное раскрытие шейки матки

4) рождение плода.

 7. Проводной точкой плода при прохождении через родовые пути матери является(при переднем виде затылочного предлежания):

1) малый родничок

2) большой родничок

3) подбородок

4) подзатылочная ямка.

 8. Для нормального течения второго периода родов характерно:

1) излитие передних околоплодных вод

2) динамика раскрытия шейки матки

3) продвижение головки плода по плоскости малого таза

4) рождение плода.

 9. К признакам отделения последа относится:

1) кровотечение из половых путей

2) излитие околоводных вод

3) удлинение наружного отрезка пуповины

4) появление схваток.

 10. Послед состоит из:

1) оболочек, пуповины, плаценты

2) плаценты и околоплодных вод

3) пуповины и децидуальных оболочек

4) пуповины, децидуальных оболочек и околоплодных вод.

**Решение клинических задач:**

**Задача 1.**

В женскую консультацию обратилась беременная 23 лет, с целью постановки на диспансерный учет по беременности. Срок беременности 6-7 недель. Жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, одышку, субфебрильную температуру в течении последнего месяца. При аускультации сердца - на верхушке хлопающий I тон, диастолический шум.

1 . Сформулируйте вероятный диагноз.

2. Определите врачебную тактику.

**Ответ:** 1. Беременность 6-7 нед. Хр. ревматическая болезнь, А1. Митральный стеноз, ХСНIIА.

1. Вынашивание беременности противопоказано.

 **Задача 2**

На приеме у стоматолога во время санации ротовой полости, беременная пожаловалась на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту. Срок беременности 34 недели. С 23-х недель повышение давления до 145/100 мм.рт ст, протеинурия 0,5 г/л. Лечения не получала.

При обследовании: АД 170/110-180/110 мм. рт ст, отеки 3 ст., протеинурия по тест-полоски «3+».

1. Сформулируйте вероятный диагноз.

2. Укажите алгоритм действий врача первичного звена и специалистов.

**Ответ:** 1. Беременность 33 нед. Тяжелая преэклампсия.

2. Немедленная транспортировка (реанимобилем ССП) в ОИТАР перинатального центра. Неотложная помощь (реаниматолог): кратковременный масочный наркоз, катетеризация вен, противосудорожная терапия (магния сульфат 25%- 20,0 в/в), нейролепсия, антигипертензионная терапия.

**Занятие 6. Физиологический послеродовый и неонатальный периоды.**

**Уход за родильницами и гигиена родильниц. Уход за новорожденным. Профилактика септических заболеваний.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие физиологического послеродового периода (пуэрпериум). Изменения органов и систем в этот период.

2. Критерии инволюции и субинволюции матки в послеродовом периоде

3. Алгоритм наблюдения за родильницей

4. Принципы ухода за родильницей, режим и диета.

5. Необходимость поддержки грудного вскармливания.

6. Основные транзиторные (пограничные) состояния новорожденных.

7. Профилактика септических заболеваний.

 **Практические навыки:**

1. Умение оценивать инволюцию матки в послеродовом периоде.

2. Умение осматривать родильниц и оценивать их состояние в послеродовом периоде.

4. Уметь консультировать родильниц по вопросам режима, диеты, грудного вскармливания.

5. Оценивать состояние новорожденного.

6. Знать принципы поддержки грудного вскармливания и подбор способа контрацепции.

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 7. Беременность и роды при тазовом предлежании плода. Возможные осложнения и их профилактика.** **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Тазовые предлежания. Классификация.

2. Причины возникновения, диагностика. Особенности течения родов.

3. Биомеханизм родов при тазовом предлежании.

4. Ведение первого и второго периода родов.

5. Ручные пособия при ягодичном предлежании (классическое, по Цовьянову).

6. Ведение родов при ножном предлежании плода.

7. Возможные осложнения для плода и новорожденного.

8. Показания к операции кесарева сечения.
 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты наружной пельвиометрии, УЗИ, данных влагалищного исследования.

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 8. Беременность и роды при узком тазе.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация анатомически и клинически узкого таза, частота, этиология.

2. Биомеханизмы родов при возможных формах узкого таза.

3. Методы диагностики узкого таза.

4. Течение и ведение беременности при узком тазе.

5. Выбор тактики родоразрешения.

6. Профилактика осложнений в родах для матери и плода.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты наружной пельвиометрии, УЗИ, данных влагалищного исследования.

4. Уметь поставить предположительный диагноз анатомически или клинически узкого таза.

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)
3. Оценка самостоятельной внеаудиторной работы.
4. Тестовый компьютерный контроль (7 семестр).

 **Ситуационные задачи с эталонами ответов:**

**Задача №1**

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов жен-щины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес пло-да 3500 г.

Диагноз, тактика ведения.

**Ответ:** Диагноз: 2 срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез( перинатальная заболе-ваемость). Плоскорахитический таз.

Учитывая ОАА (родовая травма в первых родах у плода весом 3200), наличие плоскорахите-ческого таза у матери и 3500 предполагаемую массу плода родоразрешить операцией кесаре-во сечение в экстренном порядке.

**Задача №2**

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарево сечение. Ре-бенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Миха-элиса – 9,5 х 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достижим

Диагноз, тактика ведения

**Ответ:** 3 срочные роды, 1 период. КОАА (крайне отягощенный акушерский анамнез)(перинатальная смертность в анамнезе). Рубец на матке после операции кесарево сечение. Плоскорахитический таз. Предполагаемая масса плода 3800. Учитывая вск вышепе-речисленное родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке

**Задача № 3.**

Первородящая 18 лет. Размеры таза 23-26-28-18. В родах 10 часов, безводный период 5 ча-сов. Ведет себя беспокойно, кричит. Схватки потужного характера по 40 секунд через 2 ми-нуты, средней силы, болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка. Симп-том Вастена положительный, контракционное кольцо выше пупка. При вагинальном осмот-ре- шейка матки сглажена, толстая, отечная, свисает «рукавом», открытие маточного зева 8см. Предлежит головка плода, на 1 тазовой плоскости, стреловидный шов в правом косом размере смещен к мысу, большой родничок слева спереди.

Диагноз, тактика ведения

**Ответ:** 1 срочные роды, 1 период. Общеравномерно-суженный таз. Клинически узкий таз. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

**VIII семестр**

**Занятие 1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность. Анемии беременных. Динамическое наблюдение за беременными с сердечно-сосудистой патологией и анемией. Приказ №572-н.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: противопоказания к беременности,

2. Особенности динамического наблюдения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3. Ведение беременности и родов

4. Неотложная помощь при отеке легких во время беременности и в родах.

5. Анемия беременных: диагностика особенности динамического наблюдения во время беременности, лечение.

6. Особенности ведения беременных с сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы. Противопоказания к беременности.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные.

4. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

5. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)

2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Занятие 2. Заболевания печени, почек и беременность. Заболевания эндокринных органов и беременность. Динамическое наблюдение за беременными с заболеваниями почек и эндокринной патологией. Приказ № 572-н.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация заболеваний печени, частота, этиология.

2. Тактика ведения беременных с заболеваниями печени

3. Методы обследования, лабораторные показатели, необходимые для подтверждения патологии печени.

4. Терапия болезней печени у беременных

5. Классификация заболеваний почек по ВОЗ, частота, этиология.

6. Клиническая картина, особенности течения заболеваний почек во время беременности, осложнения, их частота. Влияние хронического пиелонефрита, гломерулонефрита на течение беременности.

7. Методы обследование беременных с патологией почек, дифференциальный диагноз хронического пиелонефрита, гломерулонефрита, мочекаменной болезни.

8. Наблюдение беременных с хроническими заболеваниями почек в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

9. Лечение пиелонефрита, гломерулонефрита. Подбор препаратов.

10. Профилактика обострений, реабилитация пациенток в раннем и позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с патологией почек в послеродовом периоде.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 3. Преэклампсия. Артериальная гипертензия, индуцированная беременностью.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Современная классификация преэклампсии (умеренная, тяжелая)

2. Дифференциальная диагностика умеренной и тяжелой преэклампсии

3. Эклампсия и другие варианты тяжелой преэклампсии (HELLP-синдром). Острый респираторный дистресс-синдром взрослых

4. Классификация артериальной гипертензии по ВОЗ, частота, этиология.

Лечебная тактика при преэклампсии и эклампси

5 Клиническая картина, особенности течения гипертонической болезни во время беременности, осложнения, их частота. Влияние артериальной гипертензии на течение беременности.

6. Обследование беременной с артериальной гипертензией, дифференциальный диагноз артериальной гипертензией.

7. Наблюдение беременных с артериальной гипертензией в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

8. Лечение артериальной гипертензии, рефрактерная гипертония.

9. Профилактика гипертонических кризов, реабилитация пациенток в раннем 10. позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с артериальной гипертензией в послеродовом периоде.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям:**

1. В первом периоде родов у беременных с преэклампсией необходимо предусмотреть:

1) +Эпидуральную анестезию

2) Спазмолитики

3) Магния сульфат

4) Нейролептики

5) Анальгетики

Ответ 1

2.. Основные клинические признаки преэклампсии:

1) Артериальная гипертензия

2) Отеки

3) Артериальная гипертензия +отеки

4) Протеинурия

5) +Артериальная гипертензия +протеинурия

Ответ 5

3. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:

1) Преэклампсия легкой степени

2) Хроническая гипоксия плода

3) Предлежание плаценты

4) +Преэклампсия тяжелой степени

5) Фетоплацентарная недостаточность

Ответ 4

4.. Методом выбора противосудорожной терапии при гипертензиях беременных является:

1) +Магнезиальная терапия

2) Спазмолитическая терапия

3) Гипотензивная терапия

4) Диуретическая терапия

5) Анальгетическая терапия

Ответ 1

5. Какой уровень систолического АД поддерживается при проведении гипотензивной терапии у беременных с преэклампсией:

1. 110/70 мм рт.ст.

2. 120/80 мм рт.ст.

3. +130/90 мм рт.ст.

4. 150/100 мм рт.ст.

5. 160/100 мм рт.ст.

Ответ 3

6. К гипертензии беременных относят:

1) +Повышение артериального давления выше 140\90 мм.рт.ст.

2) Повышение артериального давления выше 130\80 мм.рт.ст.

3) Среднее артериальное давление выше 90 мм.рт.ст.

4) Систолическое давление повышается на 15% от исходного

5) Диастолическое давление повышается на 10% от исходного

Ответ:1

7. Беременная 24-х лет обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области. При осмотре: Беременность 31-32 недели. АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях. Моча при кипячении мутная. Ваш диагноз:

1) Беременность 31-32 недель. Гестационная гипертензия

2) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия легкой степени

3) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия средней степени.

4) +Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени.

5) Беременность 31-32 недель. Эклампсия

Ответ: 4

 **Решение клинических задач**

**Задача № 1**

Первобеременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Срок беременности 36—37 нед. При осмотре: состояние тяжелое, сознание заторможено, АД 165/100 мм рт.ст., пульс 100 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные, выраженные отеки ног.

 Сердцебиение плода прослушивается, глухое.

1. Какие лечебные мероприятия необходимо провести при поступлении?

2. Какова тактика ведения беременной?

**Задача № 2**

В родильный дом доставлена повторнобеременная 28 лет с жалобами на головную боль, заложенность носа, боли в эпи-гастральной области, тошноту, однократную рвоту. Срок беременности 38—39 нед. С 30-й недели беременности отмечает выраженные отеки голеней, лица. На момент осмотра: АД 170/100 мм рт.ст., пульс 98 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные. При эхографическом исследовании отмечено маловодив и отставание фотометрических показателей на 2 нед, при допплерометрии: снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Влагалищное исследование: "зрелая" шейка матки.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какова тактика врача?

**Задача № 3**

У роженицы 22 лет в первом периоде родов появились судороги. Кожные покровы бледные. АД 160/100 мм рт.ст., пульс 110 ударов в 1 мин. Сердцебиение плода приглушенное, ПО ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 3—4 см, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз.

1. Ваш диагноз?

2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Задача № 4**

У роженицы 25 лет во втором периоде родов отмечен подъем АД до 180/110 мм рт.ст. Беременность протекала на фоне вялотекущего гестоза в течение 2 нед. В анамнезе — гипертоническая болезнь I стадии. Головка плода в широкой части малого таза.

1. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Занятие 4. Кровотечение во время беременности: предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация предлежаний плаценты, преждевременной отслойки нормальнорасположенной плаценты, аномалий прикрепления плаценты, послеродовых кровотечений по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Группы риска по развитию предлежания плаценты.

3. Клиника в зависимости от локализации плаценты, диагностика.

4. Показания к экстренному кесареву сечению при беременности. Показания к плановому оперативному родоразрешению.

5. Факторы риска развития ПОНРП.

6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с предлежанием плаценты.

7. Акушерская тактика при ПОНРП. Осложнения ПОНРП.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные УЗИ – исследования, КТГ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь определить тактику ведения больной с подозрением на предлежание плаценты, ПОНРП, аномалии прикрепления плаценты, гипотонией матки.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1) внезапность возникновения

2) повторяемость

3) безболезненность

4) различная интенсивность

5) все вышеперечисленное

2.Геморрагический шок сопровождается:

1) повышением температуры

2) гипертензией

3) анемией

4) гипербилирубинемией

5) ускорением СОЭ

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

1) гестозе

2) дискоординированной родовой деятельности

3) инфекционно-аллергическом васкулите

4) иммунологическом конфликте между матерью и плодом

5) многоплодной беременности

4. Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является:

1) хроническая внутриутробная гипоксия плода

2) повышение тонуса и болезненность матки

3) повторные кровянистые выделения из половых путей

4) артериальная гипотония

5) угроза прерывания беременности

5. При развитии матки Кювелера возможно:

1) образование ретроплацентарной гематомы

2) инфильтрация мышечного слоя кровью

3) нарушение сократительной функции матки

4) возникновение ДВС-синдрома

5) все перечисленное

6. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1) в женской консультации

2) в приемном покое родильного дома

3) в родильном отделении

4) в родильном отделении при развернутой операционной

5) не производят из-за опасности профузного кровотечения

**Занятие 5. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

2. Клиника в зависимости от площади прикрепления/приращения плаценты.

3. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

4. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

5. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

6. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

7. Инфузионно-трансфузионная терапия.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь определять кровопотерю в последовом и послеродовом периодах, в т.ч. во время операции кесарева сечения.

4. Владеть методом наружного массажа матки, уметь оказать помощь при гипотоническом кровотечении.

5. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Решение клинических задач**

**Задача 1.**

Роженица находится в III периоде родов, роды произошли 15 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признаки Чукалова-Кюстнера и Шредера положительные. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве.

Укажите дальнейшие действия врача.

**Занятие 6. Аномалии родовой деятельности.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация аномалий родовых сил по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Методы диагностики готовности организма к родам.

3. Определение «зрелости» шейки матки.

4. Современные методы родовозбуждения в зависимости от зрелости родовых путей.

5. Патологический прелиминарный период.

6. Причины развития слабости родовых сил.

7. Диагностика и современные методы лечения и ведения родов при слабости родовых сил.

8. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника, диагностика.

9. Основные принципы лечения и фармакологическое обоснование проводимой терапии при дискоординации родовой деятельности.

10. Осложнения для матери и плода при слабости и дискоординированной родовой деятельности.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование роженицы и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты бимануального (влагалищного) исследования, оценить готовность родовых путей к родам, КТГ исследования, объективного осмотра матки.

4. Уметь оценить сократительную деятельность матки по данным клинического обследования, кардиотокографии, обосновать действие медикаментозных препаратов.

5. Уметь поставить предположительный диагноз аномалий родовой деятельности.

6. Уметь заполнить партограмму и ее интерпретацию.

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Беременная 38 лет обратилась в родильное отделение с жалобами на отхождение вод 3 часа тому назад. Беременность 5-ая, доношенная, предстоят 3-ьи роды, в анамнезе 2 аборта без осложнений. Беременность протекала без осложнений. Состояние удовлетворительное. АД – 120/70 и 120/80 мм.рт. ст.

Отеков нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. ВДМ - 38 см, ОЖ - 101 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 140 уд.в мин., ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая, по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка над 1-ой тазовой плоскостью, мыс не достижим. Емкость таза достаточная, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа** Задача №1

Диагноз. 5 беременность 39 недель. ОАА. Дородовое излитие околоплодных вод.

Тактика ведения: учитывая удовлетворительное состояние беременной, доношенную беременность, головное предлежание плода, достаточную ёмкость таза, наличие « зрелой» шейки матки, безводный период не превышающий 12 часов– возможна выжидательная тактика, т.к. следует ожидать спонтанного наступления родовой деятельности. В течение 3 часов динамическое наблюдение за беременной и состоянием плода. В плане следует предусмотреть профилактику восходящей инфекции и при отсутствии спонтанной родовой деятельности- родовозбуждение.

**Задача № 2**.

Первородящая 32 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода над входом в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз, акушерская тактика

**Эталон ответа** Задача №2

Диагноз. 1 срочные роды. 1 период. Чисто-ягодичное предлежание плода. Первичная слабость родовой деятельности.

Тактика ведения: учитывая первичную слабость родовой деятельности у роженицы с тазовым предлежанием показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения.

**Занятие 7. Неправильное положение плода и вставление головки плода. Акушерская тактика. Плодоразрушающие операции: показания, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Виды неправильного положения плода и вставления головки плода.

2. Акушерская тактика при выявлении неправильного положения плода.

3. Показания и противопоказания к плодоразрушающим операциям

4. Условия и виды и плодоразрушающих операций

5. Осложнения после плодоразрушающих операций

6. Профилактика осложнений

7. Ближайшие и отдаленные результаты плодоразрушающих операций.

 **Практические навыки:**

1. Уметь выявлять показания к плановой и экстренной операции

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 8. Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция. Показания, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

 **Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 9. Послеродовые септические осложнения (метроэндометрит, мастит, тромбофлебит). Этиология, классификация, условия, осложнения, их профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

 1. Классификация послеродовых гнойно-септическиз заболеваний по ВОЗ ( МКБ-10), их частота, этиология, патогенез.

2. Клиническая картина послеродовых гнойно-септических заболеваний в зависимости от формы, тяжести течения и локализации.

3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики послеродовых гнойносептических заболеваний.

4. Выбор метода лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний в зависимости от формы тяжести течения.

5. Осложнения и профилактика послеродовых гнойно-септических заболеваний.

 **Практические навыки:**

1. Умение собрать анамнез, осмотр пациентки и оценить по собранным данным возможность постановки предварительного диагноза.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применять дополнительные методы исследования – УЗС, гистероскопия, лабораторные данные.

4. Уметь поставить предположительный диагноз послеродовых гнойно-септических заболеваний.

5. Уметь определить тактику ведения больной в зависимости от формы и тяжести течения послеродовых гнойно-септических заболеваний.

6. Уметь правильно назначить профилактику и реабилитационные мероприятия у пациенток с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 10. Родовой травматизм матери и плода. Разрыв матки. Ведение беременности и родов у пациенток с высоким риском.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация родового травматизма, частота и причины травм тазового дна

2. Клинические признаки и симптомы в зависимости от локализации акушерской травмы

3. Методы диагностики, рекомендуемые клинические исследования, дифференциальная

диагностика родового травматизма

4. Методы лечения акушерских травм, оценка эффективности лечения

5. Профилактика и реабилитация родовых травм, прогноз для жизни

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему факторы риска, которые могут привести к патологическому течению родов.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты цистоскопии, экскреторной урографии, введение в мочевой пузырь метиленового синего, данных УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз и дать клинические рекомендации по хирургическому лечению родовых травм

5. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

6. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия
 **Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)
3. Аттестация практических навыков
4. Защита истории родов.
5. Итоговый тестовый контроль (7, 8 семестры).

**Модуль Консервативная гинекология**

**Тема 1.** **Организация гинекологической помощи. Методы обследования в**

**гинекологии.**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Ежегодным профилактическим осмотрам подлежат женщины, постоянно проживающие (работающие, учащиеся) в районе деятельности женской консультации старше:

1. 15 лет;

2. 16 лет;

3. 17 лет;

4. 18 лет;

5. 19 лет.

2. В число обязательных методов обследования женщин при проведении профосмотра не входИт:

1. пальпация молочных желёз;

2. осмотр шейки матки в зеркалах;

3. цитологическое и бактериоскопическое исследование;

4. маммография;

5. проба Шиллера.

3. какоЙ кабинет специализированного приёма не предусмотрен в структуре женской консультации?

1. патологии шейки матки;

2. гинекологической эндокринологии;

3. отоларингологии;

4. гинекологии детского и подросткового возраста;

5. все перечисленные выше.

4. Как часто женщина из группы «практически здорова» должна проходить профосмотр?

1. не менее 1 раза в год;

2. не менее 2 раза в год;

3. не менее 3 раза в год;

4. не менее 4 раза в год;

5. ежемесячно.

5. На каждую женщину, подлежащую динамическому контролю, гинекологом заполняется соответствующая форма первичной медицинской документации:

1. «Медицинская карта амбулаторного больного»;

2. «Карта полицевого учёта»;

3. «Контрольная карта диспансерного наблюдения»;

4. Санитарно-курортная карта;

5. Листок нетрудоспособности.

6. Под диспансерным наблюдением в условиях женской консультации должны находиться больные:

1. после хирургического лечения внематочной беременности;

2. с нарушением менструального цикла;

3. с миомой матки, размеры которой соответствуют беременности сроком меньше 12 нед;

4. с хроническим воспалением придатков матки;

5. всех перечисленных выше групп.

7. В состав инъекционных контрацептивов входят:

1. прогестагены пролонгированного действия;

2. конъюгированные эстрогены;

3. микродозы прогестагенов;

4. антиандрогены;

5. антигонадотропины.

8. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

1. «Фемоден»;

2. «Нон-овлон»;

3. «Марвелон»;

4. все перечисленное выше;

5. ни один из перечисленных выше.

9. С целью контрацепции прием комбинированных эстроген- гестагенных препаратов начинают:

1. в период овуляции;

2. накануне менструации;

3. с 1-го дня менструального цикла;

4. независимо от дня менструального цикла;

5. все ответы ошибочны.

10. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

1. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;

2. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;

3. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;

4. больных с артериальной гипертензией;

5. больных с альгоменореей.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **4** | **7** | **1** |
| **3** | **3** | **8** | **4** |
| **4** | **2** | **9** | **3** |
| **5** | **3** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Сбор анамнеза (заболевания, акушерско-гинекологического, жизни)
2. Общий осмотр (тип телосложения, характер оволосения, состояние кожных покровов, осмотр молочных желез, оценка полового развития)
3. Гинекологическое исследование (наружных половых органов, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование)
4. Тесты функциональной диагностики
5. Лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний (бактериоскопический, культуральный, серологический метод и др.)
6. Определение гормонов крови, функциональные пробы
7. Эндоскопические методы исследования (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия)
8. УЗИ диагностика и рентгенологические методы исследования
9. Цитологическое, гистологическое и цитогенетическое исследования шейки матки и эндометрия

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.** Пациентка П., 19 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие менструации в течение последних двух месяцев. Из анамнеза выяснено, что менструации у нее с 17 лет, по 7-10 дней, обильные, болезненные, нерегулярные. Половой жизнью живет с 18 лет, менструальный цикл с началом половой жизни не изменился. Беременностей не было. Способ контрацепции – мужские презервативы. Гинекологических заболеваний не было. Хроническую соматическую патологию отрицает. При объективном осмотре видимой патологии не выявлено, половое развитие соответствует возрасту.

1. Оцените данные, полученные на настоящем этапе.

2. План дальнейшего обследования.

**Эталон ответа:**

Из анамнеза обращает внимание позднее начало менструации, обильные, длительные менструации, болезненные и нерегулярные.

План дальнейшего обследования: УЗИ гениталий, Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, ТТГ, Пролактин, эстрадиол, 17-ОН прогесьерон, ДГЭАs,

**Диагноз НОМЦ.**

**Задача №2.** Больная К., 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на зуд наружных половых органов и обильные выделения белого цвета из половых путей в течение последней недели. Из анамнеза: менструации с 13 лет, через 25 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет, менструальный цикл с началом половой жизни не изменился. Беременностей – 2, медицинских абортов – 1 (без осложнений), роды – 1 (срочные, без осложнений). Способ контрацепции – ВМС. Гинекологических заболеваний не было. Общий осмотр видимой патологии не выявил. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Вульва и преддверие влагалища гиперемированы. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища гиперемированы, с беловатым налетом, шейка матки эпителизирована, выделения из влагалища обильные белого цвета, «творожистые». Влагалищное (бимануальное) исследование: Матка в anteverzio, anteflexio, плотная, нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрий не инфильтрирован.

1. Предварительный диагноз.

2. План дальнейшего обследования.

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Вульвовагинит. Кандидоз.

Бактериологическое, бактериоскопическое исследование.

**Тема 2**Острые воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Термин «сальпингоофарит» обозначает:

1. воспаление матки;

2. воспаление придатков матки;

3. воспаление околоматочной клетчатки;

4 воспаление влагалища

5. воспаление брюшины малого таза

2. Термин «эндоцервицит» обозначает:

1. воспаление слизистой влагалища;

2.воспаления слизистой матки;

3. воспаление парауретральных ходов;

4. воспаление слизистой канала шейки матки.

5 воспаление слизистой шейки матки

3. Термин «пельвиоцеллюлит» обозначает:

1. воспаление придатков матки;

2. воспаление матки;

3. воспаление клетчатки малого таза

4. воспаление забрюшинной клетчатки.

5. воспаление брюшины малого таза

4. Какие возбудители являются наиболее частой причиной неспецифических воспалительных заболеваний:

1. синегнойная палочка;

2. условнопатогенная микрофлора

3. анаэробы

4. грамотрицательная флора;

5. бактероиды.

5. Симптомы при пельвиоперитоните все кроме:

1. высокой температуры;

2. резкой боли внизу живота;

3. многократной рвоте;

4. мягкого живота при пальпации;

5. положительного симптома Щеткина – Блюмберга.

6. для острого аднексита, в отличие от острого аппендицита, характерно всё кроме:

1. постепенного начала заболевания;

2. умеренного повышения лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию;

3. симптомов раздражения брюшины быстрого нарастания лейкоцитов с выраженным сдвигом формулы влево;

4. отсутствию симптомов раздражения брюшины или их нерезкой выраженности.

5. незначительной выраженности симптомов интоксикации

7. С каким из нижеперечисленных заболеваний приходится часто дифференцировать аппендицит:

1. эндометрит;

2. сальпингоофорит;

3. экссудативный пельвиоперитонит;

4. воспалительные тубоовариальные образования придатков матки.

5. пищевая токсикоинфекция

8. Перечислите показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний придатков матки:

1. острый аднексит с формированием воспалительных тубоовариальных образований;

2. перитонит;

3. перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки.

4. всё вышеперечисленное верно

5. ничего из вышеперечисленного

9. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

1. переход в хроническую форму;

2. генерализация инфекции с развитием пельвиоперитонита;

3. абсцедирование;

4. формирование синдрома хронических тазовых болей.

5. все вышеперечисленные

10. Укажите метод лечения при разрыве пиосальпинкса:

1. консервативный;

2. только введение антибиотиков при пункции заднего свода;

3. экстирпация матки с придатками;

4. удаление пораженной трубы.

5. аднексэктомия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **3** |
| **2** | **4** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **4** |
| **4** | **2** | **9** | **5** |
| **5** | **4** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов, факторы, способствующие и препятствующие распространению инфекции в женских половых органах.
2. Характеристика нормального микробиоценоза репродуктивной системы. Роль микробного фактора и пути распространения септической инфекции при воспалительных процессах гениталий.
3. Морфологические изменения при воспалении (фазовые компоненты воспалительной реакции): альтерация, экссудация, пролиферация.
4. Классификация воспалительных заболеваний половой системы (по этиологии, по локализации, по характеру клинического течения)
5. Воспалительные неспецифические заболевания нижних отделов половых путей а. Клинические формы острого бартолинита, их диагностика и лечение; б. Клинические проявления острого кольпита (цервицита) в зависимости от этиологии. Диагностика, этапы лечения, критерии излеченности.
6. Эндометрит и эндомиометрита: клиника, диагностика, принципы лечения острого и хронического эндометрита.
7. Острый сальпингоофорит (анамнез, объективные данные, гинекологический статус, лабораторные исследования). Тубоовариальные образования.
8. Особенности клинической картины пельвиоперитонита и параметрита.
9. Принципы лечения острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
10. Показания для оперативного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза
11. Показания и противопоказания к физиотерапевтическим и санаторно-курортным методам лечения
12. Методы профилактики воспалительных заболеваний половых органов. Динамическое наблюдение в женской консультации.

*Отработка практических умений и навыков*

Представить в виде таблицы.

Факторы, способствующие и препятствующие развитию воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отделов женских половых органов

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы, способствующие возникновению воспаления | Естественные барьеры, препятствующие развитию воспалительных заболеваний |
|  |  |

**Тема 3.** Хронический воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. При воспалительных тубоовариальных образованиях придатков матки в какой из перечисленных соматических систем часто наблюдается поражение вплоть до прекращения функции:

1. кроветворной;
2. мочеполовой
3. сердечно-сосудистой;
4. гепато-биллиарной.
5. нервной

2. Наиболее частой локализацией туберкулеза гениталий является:

1. влагалище;
2. вульва;
3. шейка матки;
4. эндометрий;
5. маточные трубы.

3. При лечении хламидийной инфекции женских половых органов назначают:

1. цефалоспорины;
2. макролиды;
3. сульфаниламиды;
4. фторхинолоны;
5. всё вышеперечисленное

4. При разрыве пиосальпинкса проводится:

1. Консервативное лечение
2. Введение антибиотиков после лапароскопического дренирования
3. Экстирпация матки с придатками
4. Удаление пораженного органа
5. аднексэктомия

5. Хронический вульвит чаще наблюдается при:

1. ревматизме
2. хроническом холецистите
3. циститее
4. сахарном диабете
5. правильные ответы 3, 4

6. Наиболее эффективный метод провокации при диагностике женской гонореи:

1. алиментарный

2. химический

3. биологический

4. механический

5.физический

7. Для пельвеоперитонита гонорейной этиологии характерно:

1. склонность к образованию спаек

2. образование тубоовариальных абсцессов

3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

4. правильные ответы 1 и 3

5. все ответы правильные

8. Критерии излеченности больных гонорей устанавливаются после лечения в течении:

1. 1 месяца

2. 2 мес

 3. 3 мес

 4. 4 мес

 5. 5 мес

9. При сформировавшемся гнойно-воспалительном образовании придатков матки показано:

1. пункция образования через задний свод влагалища, опорожнение гнойной полости и введение туда антибиотиков

2. хирургическое лечение

3. лечение пирогеналом

4. лечение гоновакциной

5 симптоматическая терапия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **3** |
| **2** | **5** | **7** | **4** |
| **3** | **2** | **8** | **3** |
| **4** | **4** | **9** | **2** |
| **5** | **5** | **10** |  |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

**1.** Причины, способствующие хронизации воспалительного процесса в половых органах.

**2.** Морфологические изменения в тканях половых органов, характерные для хронического воспаления.

**3.** Хронический эндометрит (ХЭ) – клинико-анатомическое понятие:

 – клинические симптомы (ХЭ);

 – морфологические признаки (ХЭ);

**4.** Методы диагностики хронического эндометрита:

– анамнез;

– эхография (УЗИ);

– гистероскопия (ГС);

– диагностическое выскабливание.

**5.** Принципы лечения ХЭ:

– фармакотерапия;

– локальная терапия;

– физиотерапия;

– курортное лечение.

**6.** Клинические варианты течения хронического сальпингоофорита (ХСО):

– инфекционно-токсический;

– тазовый ганглионеврит.

**7.** Диагностика ХСО:

– лабораторная;

– эндоскопическая;

– УЗИ.

**8.** Принципы лечения ХСО в зависимости от клинического варианта течения:

– неспецифическая иммунотерапия;

– фармакотерапия (антибиотики, НПВС, ферменты);

– локальное лечение.

**9.** Санаторно-курортное лечение и физиотерапия.

**10.** Профилактика ХЭ и ХСО.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Больная, 31 года, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды - стационарное лечение по поводу воспаления придат­ков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракции, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены и укорочены. Больной назначен курс антибактериальной тера­пии ампиоксом + метронидазол. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи с чем произведена диагностическая лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота, Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности *-* кальцинаты, по брюшине - просовидные высыпания.

Диагноз? План ведения?

**Эталон ответа:**

Диагноз: Хронический сальпингоофорит, обострение. Туберкулез половых органов, брюшины?

План ведения: Бактериологическое, бактериосклпическое исследование. Консультация гинеколога-фтизиатра.

**Задача №2.**

Больная 43 лет, поступила в стационар на сильные боли в пояснице, с иррадиацией в эпигастрий, бедро, крестец. Заболела после переохлаждения. Менструальный цикл не нарушен.

В анамнезе: двое срочных родов, три мед. аборта, осложнившихся воспалением придатков матки, самопроизвольный выкидыш на раннем сроке с выскабливанием. Восемь лет назад на профосмотре обнаружили миому матки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°С. Живот мягкий, болезненный при пальпации в гипогастрии и вокруг пупка.

При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофированна, зев закрыт, выделения – серозные бели. Матка увеличена до семи недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон уплотнены, не увеличены, умеренно болезненны. При пальпации боковых стенок таза и крестцовой впадины ощущает резкую боль. Своды влагалища глубокие.

1. Предварительный диагноз

2. План дальнейшего обследования

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Хроничесикй сальпингоофорит п/о течение. Хроническая тазовая боль. Эндометриоз малого таза.?

План дальнейшего обследования; УЗИ гениталий. КТ органов малого таза.

**Задача №3.**

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании движение за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

 1. Предварительный диагноз?

 2. План ведения?

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: Эндометрит п/о течение. Цервицит. Вагинит. ИППП?

План ведения: Бактериологическое, бактериоскопическое исследование. УЗИ гениталий.

**Тема 4.** Нарушения менструальной функции. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Аменорея. Принцип лечения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.Назовите гинекологические заболевания, при которых задержка менструации является характерным синдромом:

1. воспаление придатков матки;

2. лейомиома матки;

3. аденомиоз;

4. внематочная беременность;

5.все вышеперечисленные

2. Аменорея считается физиологической, когда менструация отсутствует:

1. до периода пубертата;

2. в период лактации.

3. во время беременности

4. в постменопаузе.

5. все ответы верны

3. Аменорея считается физиологической, во всех случаях кроме

1. периода до пубертата;

2. периода лактации.

3. беременности

 4. постменопаузы

 5. нарушения функции гипофиза

4. Какие из следующих причин могут вызвать аменорею**:**

1. аномалии строения половых органов;

2. нарушение функции яичников;

3. нарушение функции гипофиза;

4. нарушение функции гипоталамуса.

5. все вышеперечисленные

5. Вторичную маточную форму аменореи НЕ моЖЕт вызвать

1. туберкулезный эндометрит;

2. грубая травматизация эндометрия при выскабливании матки;

3. адрено-генитальный синдром;

4. воздействие на эндометрий прижигающих веществ;

5. внутриматочные контрацептивы.

6. вторичная аменорея диагностируется ПРИ отсутствии менструации В течение**:**

1. 3 и более месяцев;

2. 6 и более месяцев;

3. 9 и более месяцев;

4. 2-х и более лет.

5. 1 года

7. аменореЯ гипофизарнаЯ ОБУСЛОВЛЕНА**:**

1. синдромом Шихана;

2. дисгенезией гонад;

3. болезнью Иценко-Кушинга;

4. синдромом Шерешевского-Тернера

5. Всё вышеперечисленное верно

8. в основе синдрома Шихана лежит:

1. опухоль гипофиза;

2. некроз гипофиза;

3. функциональная недостаточность гипофиза;

4. синехии полости матки.

5. всё вышеперечисленное

9. для синдрома Киари-Фромеля характернЫ:

1. аменорея;

2. гиперпролактинемия;

3. галакторея;

4. ничего из вышеперечисленного

5. всё вышеперечисленное.

10. С целью диагностики маточной формы аменореи используют:

1. исследование гормонального профиля;

2. тесты функциональной диагностики;

3. генетическое обследование;

4. гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание;

5. Пробу Шуварского.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **2** |
| **2** | **5** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **2** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **4** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Характеристика менструального цикла
2. Уровни регуляции менструального цикла
3. Нормальные показатели менструальной функции
4. Классификация нарушений менструальной функции
5. Этиология нарушений менструальной функции
6. Определение гипоменструального синдрома, аменореи
7. Классификация аменореи (физиологическая - патологическая; первичная – вторичная, истинная - ложная; по уровню и характеру повреждения)
8. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи центрального происхождения
9. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения яичниковой формы аменореи
10. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения маточной формы аменореи
11. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи, связанной с поражением надпочечников и щитовидной железы

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**.

Больная 28 лет. Жалобы на редкие менструации, через 2-3 месяца, бесплодие в течение 6 лет. Объективно: рост 164 см, вес 90 кг, ожирение универсальное, гирсутизм. Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки покрыта неизмененной слизистой, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без видимой патологии. Своды свободные. Результаты обследования: базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,6 МЕ/л, ПРЛ – 423 мМЕ/л. По данным трансвагинального УЗИ: матка 4,7\*3,2\*4,5 см, эндометрий 6 см, яичники: правый – 5,3\*2,3\*3,3 см, левый – 4,8\*2,4\*3,1 см, строма гиперэхогенная, под капсулой визуализируются кистозные фолликулы диаметром 6-8 мм., преимущественно по переферии.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Лечение?

**Эталон ответа:**

Диагноз**:** СПКЯ. Ожирение I степени.

Лечение: Дополнительное обследование: инсулин+ глюкоза. КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

**Задача №2**.

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 2 месяца.

Гинекологический статус; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (++). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. Пременопаузальный синдром.

Тактика врача женской консультации: УЗИ органов малого таза, Гормональное исследование :ФСГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол.

**Задача №3**.

Больная М., 34 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бесплодие, нарушение менструальной функции. Месячные с 18 лет, до настоящего времени цикл носит нерегулярный характер с задержками до 3-4-х месяцев. По данным УЗИ, яичники увеличены в размерах до 4,5х3х3,5 см, поликистозной структуры, с утолщенным корковым слоем.

1. Диагноз.

2. Необходимое обследование в женской консультации.

3. Возможные методы диагностики в стационаре.

4. Лечение.

5. Прогноз для беременности,

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. СПКЯ?

Необходимое обследование в женской консультации: Гормональное исследование ФСГ, ЛГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол, 17 ОН-прогестерон, ДГЭАs, инсулин+глюкоза, тестостерон.

 Возможные методы диагностики в стационаре: Лапароскопия

Лечение: КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

Прогноз для беременности благоприятный.

**Тема 5.** Дисфункциональные маточные кровотечения

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.меноррагия - это:

1. ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом;

2. циклические маточные кровотечения, связанные с менструальным циклом;

3. редкие менструации.

4. бесплодие;

5. секреторные изменения эндометрия.

2. НАЗОВИТЕ возраст, в котором чаще всего встречаются ювенильные кровотечения:

1. 8-10 лет;

2. 13-14 лет;

3. 15-18 лет;

4. 18-20 лет

5.12-16 лет.

3. Для ювенильных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характернЫ:

1. кариопикнотический индекс ниже 30%;

2. монофазная базальная температура;

3. слабовыраженный симптом «зрачков»;

4. гиперплазия эндометрия.

5. все ответы верны

4. Дифференциальная диагностика ювенильных кровотечений проводится со следующей патологией:

1. миома матки;

2. болезнь Верльгоффа;

3. эстроген продуцирующая опухоль яичников.

4 опухоль гипофиза

5 рак эндометрия

5. причиной ДМК в пременопаузальном периоде является:

1. распадающаяся опухоль шейки матки;

2. субмукозная лейомиома;

3. нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы.

4. эстроген продуцирующая опухоль яичников.

5. опухоль гипофиза

6. Какое исследование необходимо провести в первую очередь при ДМК в климактерическом периоде:

1. гистеросальпингографию;

2. зондирование матки;

3. взятие мазков на атипические клетки;

4. гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскоба

5. проведение гормональных проб

7. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:

1. назначение комбинированных эстроген - гестагенных препаратов по гемостатической схеме;

2. применение антигонадотропинов;

3. использование больших доз эстрогенов;

4. раздельное диагностическое выскабливание.

5. Применение антиэстрогенов

8. Основным методом остановки ДМК в пременопаузальном периоде является:

1. применение синтетических эстроген - гестагенных препаратов;

2. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;

3. использование андрогенов;

4. применение 17 – ОПК;

5. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала с гистероскопией.

9. С какой целью назначается гормональная терапия при ювенильных кровотечениях:

1. для подавления менструальной функции;

2. для остановки кровотечения, нормализации менструальной функции.

3. для стимуляции овуляции

4. для активации гемопоэза

5. для влияния на ЦНС

10. Основным методом остановки ювенильных маточных кровотечений является:

1. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;

2. применение антигонадотропинов;

3. использование больших доз эстрогенов;

4. раздельное диагностическое выскабливание

5. симптоматическая терапия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **2** | **6** | **4** |
| **2** | **2** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **2** |
| **5** | **3** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия ДМК, этиология, классификация (по патогенезу, возрасту).
2. Патогенетические варианты ДМК: овуляторные
3. Патогенетические варианты ДМК: ановуляторные.
4. Диагностика ДМК. Задачи диагностики.
5. Выбор способа гемостаза и виды гемостаза.
6. Негормональный гемостаз.
7. Гормональный гемостаз. Препараты, методики, показания, противопоказания.
8. Особенности профилактики рецидива ДМК в разных возрастных периодах.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1**. Больная И., 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Анамнез: Последние 2 года менструальный цикл нарушен. Интервал между менструациями 2-3 мес. Пятнадцать дней назад у больной после 2 мес. отсутствие менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре шейки матки на зеркалах из цервикального канала кровянистые выделения. Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свода влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

1. Предварительный диагноз?
2. План диагностических и лечебных мероприятий.

 **Задача №2.** У девушки 16 лет появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 месяца назад по 3 дня через 28дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное. При ректо-абдоминальном исследовании патологии не выявлено. Гемоглобин – 80 г/л.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика ведения.

**Задача №3**. Больная 35 лет, у которой в анамнезе было 2 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений – в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2-3 месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом, связанным с гибелью мужа. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Кровянистые выделения в умеренном количестве.

* 1. Предварительный диагноз

План диагностических и лечебных мероприятий

**Тема 6.** Миома м**атки**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Показаниями к оперативному лечению лейомиомы матки НЕ являЮтся

1. рост матки за 1 год на 1-2 недели;

2. рост матки за 1 год на 4-5 недель;

3. кровотечение;

4. некроз узла;

5. выворот матки;

2. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. ультразвуковое исследование;

2. осмотр шейки матки в зеркалах;

3. гистероскопия;

4. лапароскопия.

5. гистеросальпингография

3. Назовите наиболее частые осложнения лейомиом матки:

1. озлокачествление;

2. некроз узла;

3. рождение узла.

4. некроз узла

5. все вышеперечисленные

4. у больных с субсерозным расположением миоматозного узла НЕ моЖЕТ возникнуть

1. нарушений питания узла

2. перекрута ножки узла;

3. сдавления смежных органов

4. некроза узла;

5. эндометрита

5. Оптимальные методы оперативного лечения больных с отдельным субсерозным узлом это:

1. трансцервикальная консервативная миомэктомия;

2. лапароскопия и надвлагалищная ампутация матки;

3. лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки;

4. лапароскопия и консервативная миомэктомия;

5. лапаротомия и консервативная миомэктомия.

6. Наиболее информативным методом диагностики миомы матки являЕтся:

 1. анамнез жизни

 2. исследование живота

 3. УЗИ матки и придатков

 4. бимануальное исследование

 5. гистероскопия

7. При субмукозной миоме матки больной репродуктивного возраста показанЫ:

 1. экстирпация матки без придатков

 2. экстирпация матки с придатками

 3. надвлагалищная ампутация матки без придатков

 4. надвлагалищная ампутация матки с придатками

 5. ничего из вышеперечисленного

8. Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

 1. надвлагалищная ампутация матки

 2. экстирпация матки

 3. миомэктомия

 4. правильный ответ 1

 5. правильный ответ 2

9. Основные симптомы субмукозной миомы матки:

 1. геморрагический

 2. анемический

 3. нарушение менструального цикла

 4. бесплодие

 5. все ответы верны

10. Объем оперативного лечения миомы матки в постменопаузе:

 1. экстирпация матки без придатков

 2. экстирпация матки с придатками

 3. надвлагалищная ампутация матки без придатков

 4. надвлагалищная ампутация матки с придатками

 5. миомэктомия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **3** |
| **2** | **3** | **7** | **3** |
| **3** | **5** | **8** | **4** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **4** | **10** | **2** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза миомы матки.
2. Классификация миомы матки (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления миомы матки.
4. Диагностика различных форм миомы матки.
5. Принципиальные подходы к лечению миомы матки.
6. Показания к консервативному и оперативному лечению миомы матки.
7. Принципы гормональной терапии миомы матки.
8. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
9. Специфическая профилактика миомы матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

У больной 38 лет 2 года назад была обнаружена миома матки величиной с 8 недельную беременность. С этого времени стали обильными и продолжительными менструации, участилось мочеиспускание, по 3-4 дня не бывает стула. При очередном осмотре обнаружена опухоль величиной с 16 недельную беременность. Шейка деформирована, с множественными ovulae Nabothy. Общее состояние удовлетворительное.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 2**

Больная 42 лет поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 39 С; менструации с 15 лет, всегда обильные, последняя закончилась 2 дня назад. В 38 лет была впервые диагностирована миома матки. Заболела 3 дня назад: появились ноющие боли внизу живота, озноб, поднялась температура до 39 С. Общее состояние удовлетворительное, Нв - 130 г/л, Л - 14х109 /л, СОЭ - 37 мм/час. Матка увеличена до 13-14 недель беременности, бугристая, болезненная, особенно по левому ребру матки. Шейка матки чистая.

 1. Диагноз?

 2. План ведения?

**Задача №3.**

 Больная 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Об­следована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не выявлено. Рекомен­дована консультация гинеколога.

В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции и аппендэктомию.

Менструации с 11 лет, установились сразу, по 3 дня, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года менструации стали обильными в течение 7 дней.

Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 2-1 роды, 1 аборт, без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает послеродовый эндометрит, лечилась в стационаре, и увеличение матки до 6 недель. У гинеколога наблюдалась нерегулярно, последний раз была 3 года назад.

При гинекологическом исследовании при помощи зеркал выявлена рубцовая де­формация шейки матки послеродовыми разрывами, эктропион, увеличение шейки мат­ки в объеме. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матки увеличе­на до 14 недель беременности с множеством узлов по передней стенке, разного диа­метра, один из узлов в D = 8 см. придатки пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Тема 7.** **Эндометриоз**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Аденомиоз – это:

1. эндометриоз интерстициальных отделов маточных труб;

2. очаговая форма эндометриоза тела матки;

3. эндометриоз брюшины дугласова пространства;

4. узловая форма эндометриоза тела матки;

5. диффузный эндометриоз тела матки.

2. Ультразвуковые признаки аденомиоза - это:

1. увеличение переднезаднего размера матки;

2. изменение размеров матки в зависимости от фазы менструального цикла;

3. негомогенная структура миометрия, «ячеистость»;

4. увеличение размеров М-эха эндометрия

5 правильные ответы 1, 3.

3. эффективными МЕТОДАМИ при диагностике эндометриоза тела матки являются:

1. лапароскопия;

2. кульдоскопия;

3. гистероскопия;

4. гистеросальпингография.

 5. правильные ответы 3, 4

4. Укажите основной метод лечения больных аденомиозом:

1. хирургический;

2. гормональный;

3. симптоматический;

4. физиотерапевтический.

5. паллиативный

5. Какая группа гормональных препаратов используется в лечении эндометриоза:

1. эстрогены;

2. гестагены;

3. антиандрогены;

4. андрогены.

5. антигестогены

6. Какой объем оперативного лечения допустим у больной с эндометриоидной кистой:

1. двухсторонняя аднексэктомия;

2. односторонняя аднексэктомия;

3. экстирпация матки с придатками;

4. кистэктомия;

5. овариэктомия.

7. Какой термин обозначает эктопическое разрастание ткани подобной эндометрию:

1. полипоз;

2.аденомиоз;

3. аденоматоз;

4. фиброматоз.

5.кондиломатоз

8. К внутреннему эндометриозу относится:

1. поражение тела матки

2. поражение яичников

3. поражение интерстициальных отделов маточных труб

4. поражение брюшины малого таза

5. всё вышеперечисленное

 9. Термин аденомиоз применяется

1. во всех случаях выявления зндометриоза независимо от локализации

2. только при очаговых разрастаниях зндометриоидной ткани во внутреннем слое матки

3. при зндометриоэе, который сопровождается образованием кист

4. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани

5. только при ретроцервикальном зндометриозе

10. Показания к оперативному лечению при эндометриозе:

1. сочетание с миомой матки

2. отсутствие эффекта от консервативного лечения

3. эндометриодные кисты

4. наличие распространённых, инфильтративных форм эндометриоза,

5 все перечисленное.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **4** |
| **2** | **5** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **2** |
| **5** | **2** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза эндометриоза.
2. Классификация эндометриоза (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления различных форм эндометриоза.
4. Патогенез бесплодия при эндометриозе.
5. Диагностика различных форм эндометриоза.
6. Принципиальные подходы к лечению эндометриоза.
7. Показания к консервативному и оперативному лечению эндометриоза.
8. Принципы гормональной терапии эндометриоза.
9. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
10. Реабилитационная терапия после оперативного лечения.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на бесплодие в течение 2 лет половой жизни без контрацепции. Менструации через 28 дней по 5 дней, умеренные, резко болезненные. При осмотре матка обычных размеров, плотная, безболезненная при пальпации. Придатки в спайках, слегка увеличены, болезненные.

Диагноз?

План обследования и лечения?

**Задача №2.**

 Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

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

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

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Задача № 3**

Больная К., 31 года. Жалобы на темно-кровянистые выделения из влагалища накануне менструации. При сборе анамнеза установлено, что всего было 3 беременности. Из них первая беременность закончилась срочными родами и две последующие - искусственными абортами. Осмотр в зеркалах: на шейке матки видны мелко-кистозные образования багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые выделения. Влагалищное исследование: матка несколько больше нормы, безболезненная, подвижная. Придатки не определяются. Своды свободные.

Диагноз? План обследования и лечения?

**Тема 8.** **Организация работы ЖК. Приказ №572-н. Диспансеризация гинекологических больных.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. ЧТО НЕ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ЖК

1) регистратура

2) кабинеты участковых акушеров-гинекологов;

3) кабинеты врачей-специалистов (терапевт, стоматолог)

4) родовая палата

2. КАКАЯ ФОРМА ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА ЖЕНЩИН, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИНАМИЧЕСКОМУ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ:

1) форма 30-у

2) форма 086/у

3) форма 082/у

4) форма 080/у

3. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОРГАНИЗОВЫВАТЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИС МОЩНОСТЬЮ (НА ЧИСЛО УЧАСТКОВ)

1) 4

2) 5

3) не менее 6

4) 7

5) 8 и более

4. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИНЯВЛЯЕТСЯ

1) число осмотренных женщин

2) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет

3) число женщин, направленных на лечение в санаторий

4) доля выявленных гинекологических больных

из числа осмотренных женщин

5) правильно 1) и 2)

5. РОЛЬ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПОЛИКЛИНИК СОСТОИТ, КАК ПРАВИЛО

1) в диспансеризации гинекологических больных

2) в обследовании и наблюдении беременных женщин

3) в проведении периодических медицинских осмотров

4) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин

5) правильно 3) и 4)

6. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ

1) родильного дома

2) поликлиники

3) медсанчасти

4) санатория-профилактория

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

7. КАКОЙ МЕТОД ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НАИМЕНЕЕ ОПАСНЫЙ

 1) инструментальный аборт

 2) медикаментозный аборт

3) мини аборт – вакуумная аспирация

4)амниоцентез

8.  РИСК ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ПРИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМ АБОРТЕ ВОЗРАСТАЕТ:

1) при множественных абортах в анамнезе

2) при трофобластической болезни

3) при перенесенных воспалительных заболеваниях

4) при двурогой матке

5) при всем перечисленном

9. ОСНОВНОЕ(ЫЕ) ТРЕБОВАНИЯ К КОНТРАЦЕПТИВАМ:

1) высокая эффективность

2) безопасность

3) обратимость

4) хорошая переносимость

5) все перечисленное

10. К ГОРМОНАЛЬНЫМ КОНТРАЦЕПТИВАМ РИЛИЗИНГ- СИСТЕМАМ ОТНОСЯТ:

1) ВМК – Мирена

2) подкожные импланты: «Норплант» и «Импланон»

3) влагалищное кольцо «Нова Ринг»

4) накожный пластырь «Евра»

5) все перечисленное

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **а** |
| **2** | **1** | **7** | **2** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Задачи и структура  женской консультации.
2. Принципы динамического наблюдения гинекологических больных.
3. Стандарты обследования пациентов в зависимости от вида патологии и тактики ведения.
4. Методы контрацепции.
5. Операция искусственного прерывания беременности.
6. Миниаборт.
7. Схема динамического наблюдения здоровых беременных в женской консультации.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

В женскую консультацию обратилась женщина 22 лет с жалобами на бесплодие в течение 2 лет половой жизни без контрацепции. Менструации через 28 дней по 5 дней, умеренные, резко болезненные. При осмотре матка обычных размеров, плотная, безболезненная при пальпации. Придатки в спайках, слегка увеличены, болезненные.

Диагноз?

План обследования и лечения?

**Задача №2.**

 Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

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

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

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы обследования?

Лечение?

**Модуль Оперативная гинекология**

**Тема 1.** **«Острый» живот в гинекологии: причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже органах, кроме:

1. шейки матки;

2. рудиментарного рога матки;

3. яичника;

4. брюшной полости;

5. влагалища.

1. Наиболее частой причиной внематочной беременности является:

1. генитальный инфантилизм;

2. наружный генитальный эндометриоз;

3. под слизистая миома матки;

4. хронический сальпингит;

5. длительное «ношение» ВМК.

1. Наиболее информативный метод диагностики трубной беременности – ЭТО:

1. трансвагинальная эхография.

2. определение титра хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче в динамике.

3. лапароскопия.

4. рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

5. пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

1. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. атрофия;

2. пролиферация;

3. железисто-кистозная гиперплазия;

4. децидуальная трансформация;

5. эндометриальный полип.

1. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

1. апоплексии яичника;

2. перфорации матки во время медицинского аборта;

3. подкапсульного разрыва селезенки;

4. перекрута ножки опухоли яичника;

5. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные клинические симптомы геморрагического шока:

1. артериальная гипотензия;

2. олигурия и анурия;

3. частый нитевидный пульс;

4. акроцианоз;

5. все перечисленные выше симптомы.

1. Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере:

1. частота сердечных сокращений;

2. артериальное и центральное венозное давление;

3. часовой диурез;

4. цвет кожи и температура тела;

5. все перечисленные выше.

1. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

1. перекрута ножки опухоли яичника;

2. рождения подслизистого миоматозного узла;

3. атипической гиперплазии эндометрия;

4. острого гнойного воспаления придатков матки;

5. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:

1. внематочная беременность, нарушенная по типу труб­ного аборта;

2. первичное или вторичное бесплодие;

3. «малые» формы перитонеального эндометриоза;

4. перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации;

5. все перечисленные выше.

1. НАИБОЛЕЕ Оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:

1. эндотрахеальный наркоз;

2. внутривенная анестезия;

3. перидуральная анестезия;

4. местная инфильтрационная анестезия;

5. выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **4** | **7** | **5** |
| **3** | **3** | **8** | **3** |
| **4** | **4** | **9** | **5** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение термина абдоминальный синдром.

2. Этиология и патогенез внематочной беременности.

3. Классификация внематочной беременности в зависимости от локализации плодного яйца.

4. Диагностика внематочной беременности.

5.Клиническая картина разрыва трубы, прогрессирующей трубной беременности.

6. Лечение гинекологических больных с внематочной беременностью.

7. Определение понятия апоплексия яичника.

8. Этиология и патогенез апоплексии яичника

9. Классификация апоплексии яичника.

10. Клиническая картина, диагностика апоплексии яичника.

11. Лечение апоплексии яичника.

12. Показания к лапароскопии при апоплексии яичника.

13. Показания к лапаротомии при лапароскопии яичника.

14. Этиология и патогенез перекрута ножки опухолей половых органов.

15. Клиника, диагностика и лечение перекрута ножки опухолей половых органов.

16. Клиническая картина, диагностика, лечение разрыва опухолей половых органов.

17. Клиника, диагностика и лечение острых гнойных опухолей придатков матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастали в своей интенсивности и вскоре стали иррадиировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Рs - 120 уд/мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмбсрга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки.

1. Предположительный диагноз?

2. Какие заболевания имеют схожую клиническую картину?

3. Какова врачебная тактика?

4. Предполагаемый объем операции?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Больная В., 18 лет, доставлена бригадой скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота слева. Из анамнеза: заболела остро, когда около 3 часов назад после коитуса появились острые боли внизу живота слева, больная приняла таблетку баралгина - без эффекта, боли стали усиливаться, в связи, с чем больная вызвала скорую помощь.

Менструации с 14 лет, цикл установился через 1 год, в настоящее время месячные регулярные, через 30 дней, по 3 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструации началась 16 дней назад, прошла в срок, без особенностей. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция барьерная. Около 6 месяцев назад лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого воспаления придатков матки. Из соматических заболеваний: хронический бронхит.

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 36°. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не обнаружено. Язык влажный. Живот не вздут, принимает участие в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в области гипогастрия, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения слизистые. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Правые придатки не определяются. Слева пальпируется незначительно увеличенный (до 4 см в диаметре), плотный, болезненный яичник. Своды глубокие, безболезненные. Параметрии свободные.

1. Предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. План обследования?

4. Какова тактика врача при отсутствии признаков внутрибрюшного кровотечения?

5. Какова профилактика данного заболевания?

**Тема 2.** **Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников: этиология, классификация. Рак яичников: классификация, клиника. Пути метастазирования, принцип лечения в зависимости от стадии распространения.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

К опухолевидным образованиям яичников относят все кроме:

1. дермоидной кисты;

2. фолликулярной кисты;

3. кисты желтого тела;

4. пиовара;

5. тека-лютеиновой кисты.

2. Характерные особенности кист яичников:

1. ретенционные образования;

2. увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. не имеют капсулы;

4. могут малигнизироваться;

5. все перечисленное выше верно.

3. Кистомы яичников:

1. это доброкачественные опухоли;

2. увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. имеют капсулу;

4. могут малигнизироваться;

5. все перечисленное выше верно.

4. К эпителиальным опухолям яичников относят все, кроме:

1. серозной цистаденомы;

2. муцинозной цистаденомы;

3. цистаденокарциномы;

4. опухоли Бреннера;

5. текомы.

5. наиболее часто подвергается малигнизации СЛЕДУЮЩАЯ ИЗ опухолей яичников:

1. Фиброма.

2. Муцинозная цистаденома.

3. Серозная цистаденома.

4. Текома.

5. Тератома.

6. К гормонально-активным опухолям яичников относят все кроме:

1. гранулезоклеточной опухоли;

2. дисгерминомы;

3. тека-клеточной опухоли;

4. андробластомы;

5. арренобластомы.

7. при доброкачественных опухолях яичников НАИБОЛЕЕ ЧАСТО встречается СЛЕДУЮЩЕЕ осложнение:

1. Перекрут ножки опухоли.

2. Кровоизлияние в полость опухоли.

3. Разрыв капсулы.

4. Нагноение содержимого.

5. Сдавление соседних органов.

8.Гидроторакс — одно из клинических проявлений:

1. гранулезоклеточной опухоли;

2. дисгерминомы яичника;

3. фибромы яичника;

4. муцинозной цистаденомы;

5. зрелой тератомы.

9. Опухоль Крукенберга:

1. является метастазом рака желудочно-кишечного тракта;

2. как правило, поражает оба яичника;

3. имеет солидное строение;

4. все ответы верны;

5. все ответы ошибочны.

10. Метастатическое поражение яичников возможно при:

1. раке молочной железы;

2. аденокарциноме тела матки;

3. злокачественном поражении одного из яичников;

4. раке желудочно-кишечного тракта;

5. во всех перечисленных выше случаях.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **3** |
| **2** | **1** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **3** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

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

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, потерю веса, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

При осмотре гинеколога в малом тазу обнаружены два опухолевидных образования в области придатков с обеих сторон от матки, размерами 6x7x8 и 5x6x10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Матка в правильном положении, не увеличена, подвижна, безболезненна. Параметральная клетчатка не инфильтрирована.

Диагноз, план обследования и лечения?

**Задача № 2**.

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два искусственных аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков, лечилась амбулаторно.

Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не
эрозирована, наружный зев щелевидный. Матка не увеличена, безболезненная. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10x12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической, местами плотноватой консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Тактика врача женской консультации?

**Тема 3.** **Гиперпластические процессы и предраковые заболевания эндометрия: этиология, патогенез, классификация. Предраковые состояния: диагностика, онкологическая настороженность, лечебная тактика. Рак тела матки.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Для первого патогенетического варианта рака эндометрия характернЫ все перечисленнЫе ниже, кроме:

1. атрофии эндометрия;

2. стойкой ановуляции в анамнезе;

3. нарушения детородной функции;

4. гиперплазии тека-ткани яичника;

5. ожирения или/и сахарного диабета.

2. Для второго патогенетического варианта рака эндометрия характерно всЁ перечисленное ниже, кроме:

1. высокой степени дифференцировки опухоли;

2. быстрого роста и метастазирования;

3. отсутствия чувствительности опухоли к прогестинам;

4. низкой частоты развития синхронных опухолей в яичнике, молочных железах, толстой кишке;

5. глубокой инвазии в миометрий.

3. Основной клинический симптом рака тела матки:

1. Хроническая тазовая боль.

2. Контактные кровотечения.

3. Ациклические кровотечения.

4. Нарушение функции соседних органов.

5. Бесплодие.

4. Основной метод диагностики рака тела матки:

1. Гистологическое исследование соскоба эндометрия.

2. Цитологическое исследование аспирата из полости матки.

3. Трансвагинальная эхография.

4. Гистероскопия.

5. Рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

5. к предраковым относят СЛЕДУЮЩИЕ состояния эндометрия

1. Железисто-кистозную гиперплазию.

2. Железистый полип эндометрия.

3. Атрофию эндометрия.

4. Атипическую гиперплазию.

5. Все перечисленные выше.

6. К факторам риска развития предраковых заболеваний и рака эндометрия относят все перечисленнЫе ниже, кроме:

1. стойкой ановуляции;

2. ожирения и артериальной гипертензии;

3. длительного использования внутриматочного контрацептива;

4. сахарного диабета;

5. бесплодия эндокринного генеза.

7. Перечислите основные морфологические признаки атипи­ческой гиперплазии эндометрия:

1. преобладание железистых компонентов над стромальными;
2. хаотичное расположение желез;
3. изменение формы и размеров желез;

4. разрушение цитогенной стромы между атипическими железами;

5. верны ответы 1, 2, 3.

8. риск развития атипической гиперплазии эндомет­ия наиболее высок ПРИ СЛЕДУЮЩИХ гинекологических и экстрагенитальных заболеваниях:

1. Сахарном диабете второго типа.

2. Синдроме поликистозных яичников.

3. Феминизирующей опухоли яичников.

4. Гиперлипидемии.

5. Верны все ответы.

9. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста применяют:

1. прогестагены;
2. конъюгированные эстрогены;
3. низкодозированные комбинированные эстроген-геста-генные препараты;
4. андрогены;
5. верны ответы 1, 3.

10. Выбор схемы лечения гиперпластических процессов эндометрия зависит от:

1. возраста женщины;
2. наличия сопутствующих обменно-эндокринных нару­шений;
3. формы и степени тяжести гиперпластического процесса;
4. наличия сопутствующих заболеваний гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем;
5. верны все ответы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **4** | **6** | **3** |
| **2** | **1** | **7** | **1** |
| **3** | **5** | **8** | **3** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Определение понятий «гиперплазия» и «полип» эндометрия. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. Понятие предраке эндометрия.

2. Этиология и патогенез гиперпластических процессов эндометрия. Понятие об относительной и абсолютной гиперэстрогении. Роль внегонадного метаболизма эстрогенов в возникновении дисгормональной патологии эндометрия. Рецепция эндометрия. Роль повреждающих воздействий на эндометрий в развитии гиперпластических заболеваний (внутриматочные вмешательства, применение внутриматочной контрацепции, инфекции).

3. Понятие о патогенетических вариантах развития гиперпластических процессов и рака эндометрия.

4. Понятия о факторах риска.

5. Клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия.

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

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

8. Классификация рака тела матки (гистологические типы, по степени

распространения).

9. Клиника рака тела матки (ранние и поздние симптомы).

10. Профилактика рака тела матки.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 70 лет жалуется на сукровичные выделения из половых путей в течение 4-х месяцев. Менопауза в 50 лет. В анамнезе 2 родов, абортов, без осложнений. Объективные данные. Рост 160 см, вес 79 кг. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной порции шейки матки с атрофическими изменениями. Из цервикального канала скудные сукровичные выделения. При влагалищном исследовании: Матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки пальпаторно не определяются. Влагалищные своды свободные. При ультразвуковом сканировании органов малого таза: матка 45x38x37 мм, миометрий обычной эхоструктуры. Эндометрий (М-эхо) - 16 мм, неоднородной эхоструктуры, с нечеткими контурами. Правый яичник 12x16x13 мм, фолликулярный аппарат отсутствует. Левый яичник не визуализируется. Предположительный диагноз. План обследования.

**Задача № 2.**

Больная 48 лет поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 3-х дней после предшествующей задержки менструации в течение 2.5 месяцев. Из анамнеза выявлено, что в течение последнего года менструации нерегулярные, обильные. Не

замужем, беременностей не было. 3 года назад оперирована по поводу фиброаденомы левой молочной железы.

Объективные данные:

Рост 165 см, вес 82 кг. Правильного телосложения.

В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых изменений. Из

цервикального канал значительные кровянистые выделения со сгустками.

При влагалищном исследовании матка маленькая, подвижная безболезненная. Придатки пальпаторно не определяются. Своды свободные. Что может быть причиной кровотечения? План обследования.

**Тема 4.** Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки: методы обследования, тактика ведения, раннее выявление, профилактика.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:

1. цилиндрическим эпителием;

2. однослойным многорядным эпителием;

3. железистым эпителием;

4. многослойным плоским неороговевающим эпителием;

5. многослойным плоским ороговевающим эпителием.

2. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся всЕ кроме:

1. простой лейкоплакии;

2. дисплазии;

3. эритроплакии;

4. эктропиона;

5. рецидивирующего полипа канала шейки матки.

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

1. простая кольпоскопия;

2. бимануальное ректовагинальное исследование;

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

4. вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. цитологическое исследование эндометриального аспирата.

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

1. расширенная кольпоскопия;

2. гистологическое исследование биоптата шейки матки;

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

4. вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. бимануальное ректовагинальное исследование.

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

1. акантоз;

2. дискариоз;

3. гиперкератоз;

4. кариолизис;

5. все перечисленное выше.

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

1. диатермокоагуляции;

2. электроконизации;

3. лазеротерапии;

4. конусовидной ампутации шейки матки по Штурм- дорфу;

5. высокой ампутации шейки матки.

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

1. цервикоскопии;

2. гистероскопии;

3. гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса;

4. расширенной кольпоскопии;

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

8. Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки:

1. тазовая боль;

2. слизисто-гнойные бели;

3. контактные кровотечения;

4. ациклические маточные кровотечения;

5. диспареуния.

9. Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1. рецидивирующий полип цервикального канала;

2. истинная эрозия;

3. дисплазия;

4. эктропион;

5. эндометриоз.

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

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

2. тугая тампонада влагалища;

3. чревосечение, экстирпация матки;

4. циркулярное наложение зажимов на шейку матки;

5. чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **3** |
| **3** | **3** | **8** | **3** |
| **4** | **3** | **9** | **3** |
| **5** | **2** | **10** | **2** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Анатомо-функциональные особенности шейки матки. Строение эпителиального покрова шейки матки. Понятие о «переходной зоне», её расположение в зависимости от возраста женщины и гормонального статуса.
2. Методы диагностики патологии шейки матки. Простая кольпоскопия. Расширенная кольпоскопия. Микрокольпоскопия. Цервикоскопия. Цитологическое исследование. Техника забора биопсии для гистологического исследования при патологии шейки матки.
3. Классификация заболеваний шейки матки

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

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

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.** На профилактический осмотр к гинекологу обратилась девушка в возрасте 20 лет. Жалоб не предъявляет. Менструации с 13,5 лет, регулярные, по 3 через 26 дней. Последняя менструация закончилась 2 дня назад. В течение 1 года живет половой жизнью, контрацепция презервативом. Беременностей и гинекологических заболеваний не было. При осмотре в зеркалах выявлена эктопия шейки матки. Бимануальное влагалищное исследование не выявило отклонений. Взяты мазки для бактериоскопии и цитологического исследования. Ан мазка: Ь 3-5, флора палочковая. Цитограмма мазка с шейки матки в пределах нормы. Диагноз? Тактика ведения?

**Задача № 2.** Женщина в возрасте 49 лет обратилась к гинекологу с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, возникающие после дефекации, подъёма тяжестей. Выделения из влагалища беспокоят около 2-х месяцев. В связи с переменой места жительства в течение 10 лет не осматривалась гинекологом. Менопауза в 45 лет. В анамнезе 2 родов, 5 абортов. В возрасте 35 лет, со слов больной, была обнаружена «эрозия шейки матки», проводилась диатермокоагуляция. При осмотре в зеркалах шейка матки гипертрофирована, деформирована множественными папилломатозными разрастаниями, имеются участки изъязвления. Ткани шейки матки легко ранимы, кровоточат при касании шпателем. При вагинальном осмотре: шейка матки бочкообразной формы, ограничено подвижная. Тело матки увеличено до 6 недель, ограничено подвижное. При ректовагинальном исследовании определяется плотный инфильтрат доходящий практически до стенок таза. Диагноз? Тактика ведения?

**Тема 5.** Аномалии положения внутренних половых органов. Аномалии развития внутренних половых органов. Диагностика. Тактика.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. Тело матки удерживается в позиции anteversio-flexio:

1. собственной массой;
2. круглыми связками матки;
3. натяжением крестцово-маточных связок;
4. воронко-тазовой связкой;
5. верны ответы 1, 2, 3.

2. Подвешивающий аппарат матки образован:

1. круглыми связками матки;
2. собственными связками яичников;
3. широкими связками матки;
4. кардинальными связками;
5. верны ответы 1, 2, 3.

3. Перечислите факторы, которые могут привести к изменению положения матки:

1. инфильтрат в параметрии;
2. опухоль яичника;
3. рубцово-спаечный процесс в малом тазе;
4. переполнение мочевого пузыря;
5. верны ответы 1, 2, 3.

4. ОТМЕТЬТЕ анатомическиЕ образованиЯ покрытыЕ брюшиной

1. Тело матки.
2. Шейка матки.
3. Интерстициальные отделы маточных труб.
4. Яичники;
5. Верны ответы 1, 3.

5. Факторами, предрасполагающими к опущению и выпаде­нию внутренних половых органов, являются:

1. травма промежности в родах;
2. системные заболевания соединительной ткани;
3. физический труд, связанный с подъемом тяжестей;
4. многократные чревосечения;
5. верны ответы 1, 3.

6. Выпадению матки сопутствует:

1. опущение и выпадение стенок влагалища;
2. цисто- и ректоцеле;
3. несостоятельность мышц тазового дна;
4. элонгация шейки матки;
5. верны все ответы.

7. при опущении и выпадении внутренних половых органов возможны СЛЕДУЮЩИЕ осложнения:

1. Кишечная непроходимость.
2. Нарушение уродинамики.
3. Выворот матки.
4. Образование декубитальной язвы шейки матки.
5. Верны ответы 2, 4.

8. Широкие связки матки включают:

1. маточные трубы;

2. кардинальные связки;

3. маточные сосуды;

4. всё перечисленное выше;

5. ничего из перечисленного выше.

9. Топографоанатомические особенности яичников:

1. покрыты брюшиной;

2. соединены со стенками таза собственными связками;

3. являются производными парамезонефрического про­тока;

4. все ответы верны;

5. все ответы ошибочны.

10. Возможные причины опущения и выпадения матки:

1. Травма промежности в родах, несостоятельность мышц тазового дна.

2. Длительное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической работе.

3. Резкое похудание.

4. Атрофия тканей в пожилом возрасте.

5. Все перечисленные выше.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **5** | **7** | **5** |
| **3** | **5** | **8** | **4** |
| **4** | **5** | **9** | **5** |
| **5** | **5** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Нормальное положение матки в малом тазу. Факторы, способствующие нормальному положению матки.

2. Виды смещения матки по горизонтальной плоскости.

3. Формы смещения матки вокруг продольной оси.

4. Виды смещения матки по вертикальной оси.

5. Этиопатогенез аномалий положения женских половых органов.

6. Классификация аномалий положения половых органов.

7. Аномалии положения половых органов, имеющие наиболее важное клиническое значение. Патологическая антефлексия матки. Ретродевиация матки. Опущение и выпадение матки и стенок влагалища. Цистоцеле. Уретроцеле. Ректоцеле. Энтероцеле. Клинические проявления. Диагностика.

8. Нормальные функциональные особенности акта мочеиспускания. Факторы,

влияющие на удержание мочи. Внешние факторы. Внутренние факторы.

9. Недержание мочи. Классификация. Причины недержания мочи у женщин.

10. Стрессовое недержание мочи. Гиперефлексия мочевого пузыря.
11. Обследование больных с жалобами на недержание мочи.

12.Современные методы лечения женщин с пролапсом гениталий и недержанием мочи в зависимости от возраста, клинических проявления заболевания и паритета.

13. Профилактика пролапса гениталий и недержания мочи.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.** Больная 55 лет обратилась с жалобами на сухость вульвы и влагалища, дискомфорт при половом сношении. При кашле, чихании, во время смеха отмечает потерю небольших порций мочи (несколько капель). Вышеуказанные симптомы появились и нарастают в течение года. Из анамнеза выявлено: менархе в 13 лет, менопауза 3,5 года назад. Было 2 нормальных родов, 3 медаборта без осложнений. Заболеваний гениталий не отмечала. При гинекологическом осмотре выявлено: Слизистая вульвы и влагалища бледно-розового цвета, сухая. Складчатость стенок влагалища не выражена. Матка маленькая, плотная придатки не пальпируются. Тонус мышц промежности снижен. При натуживании и проведении кашлевой пробы пролабирует передняя стенка влагалища, из уретры выделяется моча в скудном количестве.

Предположительный диагноз?

Предполагаемый объем обследования и лечения?

**Тема 6.** Аборт и его осложнения.

 **Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1.Какова лечебная тактика при начавшемся аборте:

1. сохраняющая терапия;
2. опорожнение полости матки:
3. витаминотерапия;
4. противовоспалительная терапия;
5. физиотерапия.

2. До какого максимального срока разрешено прерывание беременности по желанию женщины:

1. 8 недель;
2. 10 недель;
3. 12 недель;
4. 14 недель;
5. 16 недель.

3. Что относится к отдаленным осложнениям артифициального аборта**:**

1. гематометр;
2. острый воспалительный процесс гениталий;
3. бесплодие;
4. остатки плодного яйца
5. перфорация матки.

4. Какова лечебная тактика ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ аборте:

1. консервативная спазмолитическая, гемостатическая терапия;
2. опорожнение полости матки;
3. гормональная терапия
4. физиотерапия
5. витаминотерапия.

5. Укажите до какого максимального срока задержки менструации возможно выполнение мини-аборта:

1. 7 дней;
2. 14 дней;
3. 20 дней;
4. 1 месяца;
5. 2 месяцев.
6. Перечислите противопоказания к искусственному прерыва­нию беременности.
7. III—IV степень чистоты влагалищного отделяемого;
8. острая респираторная вирусная инфекция;
9. срок беременности более 12 нед.;
10. хронический лейкоз;

5. верны ответы 1,2,3.

**7.** Укажите объем лабораторных исследований, необходимых для направления женщины на медИЦИНСКИЙ аборт.

1. бактериоскопия влагалищного мазка;
2. определение группы крови и резус-фактора;
3. постановка реакции Вассермана и исследование крови на наличие антител к ВИЧ;
4. тромбоэластограмма;
5. верны все ответы

8. Перечислите возможные осложнения медицинского аборта.

1. Острое воспаление матки и ее придатков.
2. Разрывы шейки матки.
3. Перфорация матки.
4. Плацентарный полип.
5. Верны все ответы

9. Укажите наиболее частые осложнения криминального аборта:

1. профузное маточное кровотечение;
2. анаэробный сепсис;
3. бактериальный шок;
4. перфорация матки;
5. верны все ответы.

10. Назовите наиболее характерные клинические симптомы бактериального шока:

1. сосудистый коллапс, прогрессирующее снижение арте­риального давления без кровопотери;
2. нарушения в свертывающей системе крови;
3. стойкая олигурия или анурия;
4. гиперпиретическая лихорадка;
5. верны все ответы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **5** |
| **3** | **3** | **8** | **5** |
| **4** | **2** | **9** | **5** |
| **5** | **3** | **10** | **5** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия «аборт». Терминология и классификация.
2. Медицинский аборт по желанию женщины. Ст. 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Основные методы прерывания беременности в первом триместре. Медицинские противопоказания для проведения артифициального аборта.
4. Аборт по медицинским и социальным показаниям. Документы, регламентирующие проведение прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям.
5. Основные методы прерывания беременности во втором триместре.
6. Спонтанный аборт в первом триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных принятая в России. Профилактика.
7. Спонтанный аборт во втором триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных. Профилактика.
8. Осложнения спонтанного и искусственного аборта. Их диагностика, лечение и меры профилактики.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Пациентка 24 лет обратилась с жалобами на задержку менструации

в течение 3-4 дней. Мочевой тест на беременность «+». При УЗИ выявленоутолщение М-эхо до 13 мм, желтое тело в правом яичнике. Пациентка сообщила, что беременность нежелательна. Она желает ее прервать, и проситназначить ей какой-нибудь надежный метод контрацепции.

Можно ли на основании имеющихся данных быть уверенными, что

беременность локализуется в матке? Какое обследование нужно провести? Какай метод прерывания нежелательной беременности можно предложить в

этом случае?

**Задача №2**.

20-летняя студентка обратилась с жалобами на кровотечение из влагалища в течение 2 дней, спустя 6 недель после последней менструации. Менструации регулярные и для контрацепции пара пользуется только презервативами. Тест на беременность, выполненный дома, был положительным. Выделения имеют темный цвет, не сопровождаются болями и начались после полового сношения. При осмотре выявлено небольшое количество крови темного цвета, находящейся во влагалище и выделяющейся из наружного отверстия цервикального канала. Шейка матки закрыта и никаких тканей в канале не видно. Бимануальное влагалищное исследование: матка нормальных размеров, мягковатой консистенции, придатки без особенностей, без каких-либо образований или болезненности. Основываясь на первичных данных, какая тактика введения больной?

**Задача №3.**

На прием обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на боли в нижних отделах живота в течение 3-х дней, гнойные выделения из влагалища, повышение температуры тела до 38,9 С. 4 дня назад был произведен медаборт в сроке беременности 6-7 нед.

При гинекологическом исследовании: Матка до 7нед, мягковатая, резко болезненная. Наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. Придатки пальпаторно не определяются. Своды свободные. Выделения из влагалища гнойные с примесью крови.

Предположительный диагноз?

Обследование?

Какое лечение нужно провести?

**Тема 7.** Заболевания молочных желёз. Диагностика, дифференциальная диагностика. тактика ведения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. КАКОЙ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

1) маммография

2) ультразвуковая эхография

3) термография

4) самообследование молочных желез

5) [морфологическое](https://pandia.ru/text/category/morfologiya/) исследование

2. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ МАСТОДИНИИ?

1) Одиночные и множественные очаги в железе

2) выделения из сосков

3) преобладание болевого синдрома

4) нарушение овариально - менструальной функции

5) исчезновение признаков болезни с возрастом

3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ МАСТОПАТИИ.

1) наличие невроза

2) дисгормональное состояние

3) дисгормональная дисплазия

4) нарушение овариально - менструальной Функции

5) изменение цикличности процессов в молочной железе

4. ХАРАКТЕРНЫЕ МАММОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ МАСТОПАТИИ.

1) изменений нет

2) участки затемнения чередуются с участками просветления

3) плотная тень

4) тень округлой формы с четкими контурами

5) тень с тяжистой структурой

5. В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ НАИБОЛЬШАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭХОГРАФИИ?

1) простота и доступность исследования

2) [дифференциальный](https://pandia.ru/text/category/differentcial/) диагноз доброкачественных образований молочных желез

3) выявление функциональных изменений молочных желез

4) обнаружение метастазов рака молочных желез

5) [дифференциальный](https://pandia.ru/text/category/differentciya/) диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез

6. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫМ?

1) дуктография

2) маммография

3) термографмй

4) пункционная [биопсия](https://pandia.ru/text/category/biopsiya/)

5) интраоперационное [гистологическое](https://pandia.ru/text/category/gistologiya/) исследование

7. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МАСТОДИНИИ

1) срочное [хирургическое](https://pandia.ru/text/category/hirurgiya/) вмешательство

2) рентгенотерапия

3) комбинированный метод лечения

4) симптоматическое лечение

5) коррегирование расстройства центральной нервной системы

8. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПАЛЬПАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ МАСТОПАТИИ.

1) опухоль с четкими контурами

2) опухоль дольчатого строения, плотная, тяжистая

3) опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения

4) безболезненный узел плотной консистенции

5) опухоль быстро растет

9. КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НУЖНО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕ­НИЕ ПРИ ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИИ

1)секторальная резекция

2) простая мастэктомия

3) регуляция нарушений желез внутренней секреции

4) гормонотерапия

5) радикальная мастэктомия по Холстеду

11.КАКИЕ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИГРАЮТ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ФИБРОАДЕНОМЫ

1) дисгормональная дисплазия

2) нарушение функции желез внутренней секреция

3) пожилой возраст

4) наличие невроза и Функциональных изменений

5) дисгормональная гиперплазия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **1** | **6** | **5** |
| **2** | **3** | **7** | **4** |
| **3** | **4** | **8** | **1** |
| **4** | **5** | **9** | **4** |
| **5** | **1** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Причины возникновения заболеваний молочной железы;
2. Классификация заболеваний молочной железы;
3. Симптоматика заболеваний молочной железы;
4. [Методы диагностики заболеваний молочной](http://zodorov.ru/programma-nauchno-prakticheskaya-konferenciya-sovremennaya-luc.html) железы;
5. [Методы консервативного лечения](http://zodorov.ru/programma-vstupitelenogo-ekzamena-v-aspiranturu.html);
6. [Методы операвних вмешательств при](http://zodorov.ru/6-12-neirohirurgicheskie-metodi-issledovniya-principi-operativ.html) заболеваниях молочной железы;
7. Причины основных видов осложнений;
8. Знать деонтологические принципы при выполнении данных операций;
9. Знать юридические основы.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Женщина 25-ти лет жалуется на наличие опухолевидного

образования в левой подмышечной области, которое перед месячными

становится более плотным и слегка болезненным. Заметила его около 7 лет назад, но к врачу не обращалась.

Объективно: образование округлой формы диаметром 4 см, мягко-

эластической консистенции, дольчатое. Какой диагноз Вы поставите? Каков план обследования, лечебная тактика?

**Задача № 2**

 Пациентка 33-х лет жалуется на покраснение, утолщение соска, наличие на нем «корок». Заметила это 3 месяца назад. Лечилась самостоятельно мазями. Ввиду неэффективности лечения обратилась к хирургу. При осмотре сосок и часть ореолы покрыты мокнущими корочками, при слущивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Молочные железы мягкие, дольчатые. Лимфатические узлы не определяются.

Какой диагноз Вы поставите? Каков план обследования, лечебная тактика?

**Задача №3**

Пациентка 52-х лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгальтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В

анамнезе две беременности, которые закончились абортами. В настоящее время менопауза. Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижневнутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска.

Какой диагноз Вы поставите? Каковы методы обследования, лечебная

тактика?

**Тема 8.** Планирование беременности, предгравидарная подготовка у различных групп пациентов. Защита истории болезни

Решение ситуационных задач.

 **Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

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

**Типовые тестовые задания для проверки знаний:**

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЗАДАЧИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ:

1. производство абортов;
2. обеспечение контрацепцией;
3. наблюдение во время беременности;
4. гподготовка к желанной беременности;
5. все вышеперечисленное.

2. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРАЦЕПЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. оральная контрацепция;
2. внутриматочная контрацепция;
3. механическая контрацепция;
4. химическая контрацепция.

3. ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН:

1. ВК;
2. гормональная контрацепция;
3. барьерная контрацепция;
4. влагалищная диафрагма.

4. РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ:

1. спермицидов;
2. влагалищной диафрагмы;
3. комбинированных эстроген-гестагенных препаратов;
4. презервативов.

5. КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДОСТИГАЕТСЯ БЛАГОДАРЯ:

1. подавлению овуляции;
2. нарушению имплантации развивающейся бластоцисты в
3. эндометрий;
4. нарушению функции желтого тела;
5. изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.

6. К ТРЕХФАЗНЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. Тризистон;
2. Триквилар;
3. Триовит;
4. Три-мерси;
5. все ответы правильные.

7. ПРИМЕНЕНИЕ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ДАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

1. повышение аппетита и увеличение массы тела;
2. диспептические расстройства;
3. головную боль;
4. межменструальные выделения;
5. все ответы правильные.

8. НАЗОВИТЕ МЕХАНИЗМЫ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ВК:

1. блокада овуляции;
2. нарушение имплантации бластоцисты вследствие развития местных воспалительных реакций;
3. сперматотоксическое действие;
4. активация перистальтики маточных труб**;**
5. разрушение рецепторов к половым стероидам в эндометрии.

9. КАКОВЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ВК:

1. возраст старше 35 лет;
2. воспалительные процессы гениталий;
3. ожирение;
4. мено- и метроррагии;
5. анемия и заболевания крови.

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВК:

1. экспульсия ВК;
2. внематочная беременность;
3. привычное невынашивание;
4. воспалительные заболевания внутренних половых органов;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ответ** | **№** | **ответ** |
| **1** | **5** | **6** | **5** |
| **2** | **1** | **7** | **3** |
| **3** | **2** | **8** | **2** |
| **4** | **4** | **9** | **2** |
| **5** | **1** | **10** | **1** |

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия планирования беременности.

2. Цели и задачи планирования беременности.

3. Классификация методов контрацепции.

4. Биологические метода контрацепции.

5. Барьерные методы контрацепции.

6.Гормональные методы контрацепции

7. Противопоказания к различным видам контрацепции.

8. Предгравидарная подготовка

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.** К гинекологу обратилась пациентка Н., 20 лет, для выбора метода контрацепции. Какие сведения должен получить врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Задача № 2**

К гинекологу обратилась пациентка для выбора метода контрацепции. Возраст пациентки 35 лет, в анамнезе 2 нормальных родов. Какие вопросы должен задать ей врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Модуль 5 Синдромальный подход к диагностике и лечению акушерской патологии**

**Занятие 1. Диагностика поздних сроков беременности, срока родов. Методы обследования и динамическое наблюдение беременных. Современные технологии определения состояния плода.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Методы исследования во время беременности.

2. Система опроса (анамнез) и осмотра.

3. Исследование внутренних органов.

4. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.

5. Наружное и внутреннее акушерское исследование беременной.

6. Членорасположение, положение, позиция, вид, предлежание плода. Таз с анатомической точки зрения.

7. Определение срока беременности и времени предоставления дородового отпуска (30 недель).

8. Определение срока родов.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза «Беременность ... нед.»

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

4. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

**Форма текущего контроля:**

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

**Примерные темы рефератов**

1. «Тесты для определения беременности»

2. «Фетометрия и ее цель»

3. «Понятие «биофизический профиль плода»

**Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. Назовите сроки плановой госпитализации беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
2. до 12 нед. беременности
3. 22-24 нед. беременности
4. 26-30 нед. беременности
5. 32-34 нед. беременности
6. 37-38 нед. беременности
7. Назовите критические сроки гестационного процесса при заболеваниях сердечно-сосудистой системы?
8. до 12 недель беременности
9. 12-24 недели беременности
10. 26-30 недель беременности
11. 34-36 недель беременности
12. период родов
13. первая неделя послеродового периода

**Занятие 2. Синдром артериальной гипертензии в акушерстве: Преэклампсия: патогенез гипертензии, дифференциальная диагностика, современные аспекты терапии. Профилактика преэклампсии. Оказание неотложной помощи при эклампсии на догоспитальном этапе. Гипертоническая болезнь и беременность: дифференциальная диагностика, противопоказание к беременности. Возможные осложнение и их профилактика. Особенности течения и ведения беременности.**

**Хронические заболевания почек у беременных (гломерулонефрит, пиелонефрит). Противопоказания к беременности. Особенности течения и ведения беременности. Возможные осложнения и их профилактика.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация артериальной гипертензии по ВОЗ, частота, этиология.

2. Клиническая картина, особенности течения гипертонической болезни во время беременности, осложнения, их частота. Влияние артериальной гипертензии на течение беременности.

3. Обследование беременной с артериальной гипертензией, дифференциальный диагноз артериальной гипертензией.

4. Наблюдение беременных с артериальной гипертензией в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

5. Лечение артериальной гипертензии, рефрактерная гипертония.

6. Профилактика гипертонических кризов, реабилитация пациенток в раннем и позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с артериальной гипертензией в послеродовом периоде.

7. Классификация заболеваний почек по ВОЗ, частота, этиология.

8. Клиническая картина, особенности течения заболеваний почек во время беременности, осложнения, их частота. Влияние хронического пиелонефрита, гломерулонефрита на течение беременности.

9. Методы обследование беременных с патологией почек, дифференциальный диагноз хронического пиелонефрита, гломерулонефрита, мочекаменной болезни.

10. Наблюдение беременных с хроническими заболеваниями почек в условиях женской консультации, план обследования, сроки плановых госпитализаций.

11. Лечение пиелонефрита, гломерулонефрита. Подбор препаратов.

12. Профилактика обострений, реабилитация пациенток в раннем и позднем послеродовом периоде. Особенности ведения пациенток с патологией почек в послеродовом периоде.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

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

**Примерный перечень тестовых заданий к практическим занятиям**

1. В первом периоде родов у беременных с преэклампсией необходимо предусмотреть:

1) +Эпидуральную анестезию

2) Спазмолитики

3) Магния сульфат

4) Нейролептики

5) Анальгетики

Ответ 1

2.. Основные клинические признаки преэклампсии:

1) Артериальная гипертензия

2) Отеки

3) Артериальная гипертензия +отеки

4) Протеинурия

5) +Артериальная гипертензия +протеинурия

Ответ 5

3. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:

1) Преэклампсия легкой степени

2) Хроническая гипоксия плода

3) Предлежание плаценты

4) +Преэклампсия тяжелой степени

5) Фетоплацентарная недостаточность

Ответ 4

4. Методом выбора противосудорожной терапии при гипертензиях беременных является:

1) +Магнезиальная терапия

2) Спазмолитическая терапия

3) Гипотензивная терапия

4) Диуретическая терапия

5) Анальгетическая терапия

Ответ 1

5. Какой уровень систолического АД поддерживается при проведении гипотензивной терапии у беременных с преэклампсией:

1. 110/70 мм рт.ст.

2. 120/80 мм рт.ст.

3. +130/90 мм рт.ст.

4. 150/100 мм рт.ст.

5. 160/100 мм рт.ст.

Ответ 3

6. К гипертензии беременных относят:

1) +Повышение артериального давления выше 140\90 мм.рт.ст.

2) Повышение артериального давления выше 130\80 мм.рт.ст.

3) Среднее артериальное давление выше 90 мм.рт.ст.

4) Систолическое давление повышается на 15% от исходного

5) Диастолическое давление повышается на 10% от исходного

Ответ:1

7. Беременная 24-х лет обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области. При осмотре: Беременность 31-32 недели. АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях. Моча при кипячении мутная. Ваш диагноз:

1) Беременность 31-32 недель. Гестационная гипертензия

2) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия легкой степени

3) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия средней степени.

4) +Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени.

5) Беременность 31-32 недель. Эклампсия

Ответ: 4

**Ситуационные задачи с эталонами ответов.**

**Задача №1.**

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 нед. В анамнезе преждевременные роды в 34 нед. Во время беременности и в родах было вы-сокое А/Д. При данной беременности с 21—23 нед. появились отеки ног, белок в моче, повыше-ние А/Д. Лечилась амбулаторно. Перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки ног. Пульс 86 в мин. А/Д 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29/30 недель беремен-ности. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение приглушено, 130 в минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л, сахар отрицательный, микроскопия: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки по-чечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2600, эр — 25100, гиалиновые цилин-дры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания относительной плотности мочи от 1007—1012

Диагноз, дальнейшая тактика врача .

**Эталон ответа:** Диагноз 3 беременность 33 недели. ОАА. Сочетанный длительно-текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита. ХФПН. Хроническая внутриутробная гипо-ксия плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода. Тактика Длительно текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита с проявлениями ФПН является показанием для досрочного родоразрешения . Методом родоразрешения целесообразно выбрать операцию кесарева сечения учитывая наличие клинических проявлений ХФПН. В течение 1-2 дней провести дообследование ( ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, КЩС, ионограмма, УЗИ почек, проба РЕБЕРГА, ЭКГ, ЭХО-КГ, консультации терапевта, окулиста, нефролога), назначить гипотензивную терапию, сульфат магния в суточной дозировке 15-18грамм, дезагреганты, профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода

**Задача №2.**

Беременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая на 24-25 неделе. Больна 3 дня, не лечилась. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и видимые сли-зистые оболочки бледные, температура тела 38,6 С, пульс - 100 уд/мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастер-нацкого справа резко положительный. Сердцебиение плода 146 уд/мин., ритмичное, приглу-шено. При пальпации матка в повышенном тонусе. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения - бели молочного цвета.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Диагноз 1 беременность 24-25 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Почечная колика справа. Угроза очень ранних преждевременных родов. Риск внутриутробного инфи-цирования плода.

Тактика. Ввести спазмоанальгетики – баралгин 5,0, или спазмолитики но-шпа 2,0 мл внутри-мышечно. Назначить антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, десенсиби-лизирующую терапию . Лечение угрозы прерывания беременности. Строгий контроль за температурой тела, пульсом, артериальным давлением, диурезом. При поступлении обсле-дование ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, проба Нечипоренко, посев мочи на идентификацию возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

При сохраняющейся острой боли, снижении диуреза - немедленно пригласить уролога, показаны:CITO! УЗИ почек, хромоцистоскопия с последующей катетеризацией правого мочеточника.

**Занятие 3. Экстрагенитальные заболевания и беременность: Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: противопоказания к беременности, особенности динамического наблюдения и ведение беременности и родов, неотложная помощь при отеке легких во время беременности и в родах. Анемия беременных: диагностика особенности динамического наблюдения во время беременности, лечение.**

**Эндокринопатия и беременность (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы): противопоказания к беременности, особенности динамического наблюдения, ведения беременности и родов.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: противопоказания к беременности,

2. Особенности динамического наблюдения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3. Ведение беременности и родов

4. Неотложная помощь при отеке легких во время беременности и в родах.

5. Анемия беременных: диагностика особенности динамического наблюдения во время беременности, лечение.

6. Особенности ведения беременных с сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы. Противопоказания к беременности.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные.

4. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

5. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

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

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Первобеременная 20 лет встала на учет по поводу беременности в 10 недель. Родилась от 2 сроч-ных родов весом 4500 грамм. С 6 лет страдает сахарным диабетом, проводиться коррекция инсу-лином суточная доза инсулина 60 Ед. Дважды лечение в реанимационном отделении по поводу гипогликемических состояний. В течение последнего года отмечает прогрессирующее ухудшение зрения.

Диагноз, тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:** 1 беременность, 10 недель. Сахарный диабет, 1 тип, инсулинпотребный, тяжелое течение. Госпитализация в эндокринологическое отделение для обследования и решения вопроса о пролон-гировании беременности.

**Задача №2.**

Повторнородящая беременная поступила в отделение патологии беременности в срок беременности 34 недели с жалобами на слабость, жажду, полиурию. Дважды в течение беременности лечение по поводу фурункулеза. Объективные данные. Рост 162 см, вес 90 кг. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 138 в минуту. Кожные покровы сухие, на ягодицах гнойничковая сыпь. Язык сухой, обложен белым налетом. Запах ацетона изо рта. В анамнезе одни срочные роды плодом весом 4400 грамм. В первых родах потужной период осложнился дистоцией плечиков применялось ручное пособие по выведению плечиков. У новорожденного выявлен перелом ключицы, парез ручки проводилось лечение у невролога.

Диагноз, акушерская тактика, ошибки в ведении беременной на этапе женской консультации.

**Эталон ответа:** Диагноз: 2 беременность 34 недели. Отягощенный акушерский анамнез. Гестационный сахарный диабет. Ожирение 2 степени. Пиодермия. Крупный плод. Ошибки ведения беременной на этапе женской консультации: учитывая отягощенный акушерский анамнез – в 1 родах рождение плода массой 4400 гр. С переломом ключицы и парезом ручки вследствие осложненного течения потужного периода – дистоции плечиков, наличие у беременной ожирения 2 сте-пени, а также развитие дважды за беременность фурункулеза – в условиях женской консультации при взятии на учет беременная должна бы-ла быть отнесена к группе высокого риска по развитию нарушений углеводного обмена. В связи с этим, беременная должна была быть обследована в условиях женской консультации согласно приказу № 572 о динамическом наблюдении беременных. В соответствии с результатами обследования необходимо выбрать тактику ведения беременности, в том числе решить вопрос о возможности ее донашивания до 12 недель. При пролонгировании беременности обеспечить динамическое наблюдение беременной: осмотр акушера гинеколога, эндокринолога, контроль уровня сахара крови, а также назначение диетотерапии, а при необходимости инсулинотерапии.

**Задача № 3**

При обращении беременной в женскую консультацию при определении глюкозы венозной плаз-мы натощак ее уровень составил 5,6 ммоль/л.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Гестационный СД. Направить беременную на консультация к эндокринологу. Реко-мендовать диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничение жи-ров, дозированные аэробные физические нагрузки, самоконтроль гликемии, кетонурии или ке-тонемии, артериального давления, шевелений плода, массы тела, ведение дневника само-контроля и пищевого дневника.

**Занятие 4. Геморрагический синдром в акушерстве: Последовое и раннее послеродовое кровотечение, определение группы риска среди беременных, профилактика, неотложная помощь. Родовая травма мягких родовых путей: клиника, диагностика, оказание неотложной помощи, профилактика.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация предлежаний плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, аномалий прикрепления плаценты, послеродовых кровотечений по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Группы риска по развитию предлежания плаценты.

3. Клиника в зависимости от локализации плаценты, диагностика.

4. Показания к экстренному кесареву сечению при беременности. Показания к плановому оперативному родоразрешению.

5. Факторы риска развития ПОНРП.

6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с предлежанием плаценты.

7. Акушерская тактика при ПОНРП. Осложнения ПОНРП.

8. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

9. Клиника в зависимости от площади прикрепления/приращения плаценты.

10. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

11. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

12. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

13. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

14. Инфузионно-трансфузионная терапия.

15. 1. Классификация родового травматизма, частота и причины травм тазового дна

2. Клинические признаки и симптомы в зависимости от локализации акушерской травмы

3. Методы диагностики, рекомендуемые клинические исследования, дифференциальная

диагностика родового травматизма

4. Методы лечения акушерских травм, оценка эффективности лечения

5. Профилактика и реабилитация родовых травм, прогноз для жизни

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные

УЗИ – исследования, КТГ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь определить тактику ведения больной с подозрением на предлежание плаценты, ПОНРП, аномалии прикрепления плаценты, гипотонией матки.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

7. Уметь определять кровопотерю в последовом и послеродовом периодах, в т.ч. во время операции кесарева сечения.

8. Владеть методом наружного массажа матки, уметь оказать помощь при гипотоническом кровотечении.

9. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

10. Уметь поставить предположительный диагноз и дать клинические рекомендации по хирургическому лечению родовых травм

11. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

12. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 5. Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: дифференциальная диагностика, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. ДВС, его диагностика, лечение, профилактика. Абдоминальный синдром в акушерстве: Разрыв матки: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, предрасполагающие факторы, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Особенности ведения беременности и родов у женщин из группы риска по родовому травматизму.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация предлежаний плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, аномалий прикрепления плаценты, послеродовых кровотечений по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Группы риска по развитию предлежания плаценты.

3. Клиника в зависимости от локализации плаценты, диагностика.

4. Показания к экстренному кесареву сечению при беременности. Показания к плановому оперативному родоразрешению.

5. Факторы риска развития ПОНРП.

6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с предлежанием плаценты.

7. Акушерская тактика при ПОНРП. Осложнения ПОНРП.

8. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

9. Клиника в зависимости от площади прикрепления/приращения плаценты.

10. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

11. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

12. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

13. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

14. Инфузионно-трансфузионная терапия.

15. Разрыв матки: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

16. Предрасполагающие факторы, ведущие к разрыву матки. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные

УЗИ – исследования, КТГ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз.

5. Уметь определить тактику ведения больной с подозрением на предлежание плаценты, ПОНРП, аномалии прикрепления плаценты, гипотонией матки.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

7. Уметь определять кровопотерю в последовом и послеродовом периодах, в т.ч. во время операции кесарева сечения.

8. Владеть методом наружного массажа матки, уметь оказать помощь при гипотоническом кровотечении.

9. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

 **Форма текущего контроля:**

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

**Занятие 6. Современные технологии ведения родов. Невынашивание беременности. Профилактика синдрома дыхательных расстройств новорожденного. Ведение недоношенной беременности при**

**преждевременном разрыве плодных оболочек. Перинатальные аспекты оказания помощи при преждевременных родах.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие о невынашивании беременности.

2. Основные причины невынашивания беременности.

3. Критерии диагностики различных стадий выкидыша.

4. Принципы лечения на различных стадиях самопроизвольного выкидыша.

5. Факторы риска преждевременных родов.

6. Клиника и диагностика преждевременных родов в различные стадии.

7. Особенности течения преждевременных родов и выбор акушерской тактики.

8. Принципы лечения преждевременных родов.

**Практические навыки:**

1. Умение диагностировать самопроизвольный выкидыш.

2. Умение отличить угрожающие преждевременные роды от начавшихся.

4. Уметь выявлять факторы риска преждевременных родов.

5. Оценивать сократительную деятельность матки во время родов.

6. Уметь определять признаки недоношенности.

**Форма текущего контроля:**

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

**Модуль 6**

**Синдромальный подход к диагностике и лечению акушерско-гинекологической патологии.**

**Занятие 1. Женская консультация. Динамическое наблюдение гинекологических больных по приказу МЗ РФ № 572 н. Диагностика беременности на ранних сроках. Стандарт обследования для проведения операции искусственного прерывания беременности. Мини-аборт. Методы контрацепции. Осложненный аборт.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

5. Динамическое наблюдение гинекологических больных по приказу МЗ РФ № 572 н.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ-исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной2. Современные контрацептивы, классификация

5. Механизм контрацептивного эффекта комбинированных оральных контрацептивов

6. Лечебные аспекты КОК

7. Уметь сделать выбор метода контрацепции в различные периоды жизни женщины.

8. Уметь выявлять различные осложнения при внутриматочной и гормональной контрацепции

9. Уметь назначить необходимое обследование перед гормональной контрацепцией.

 **Форма текущего контроля:**

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

 **Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

К гинекологу обратилась пациентка Н., 20 лет, для выбора метода контрацепции. Какие сведения должен получить врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Задача № 2**

К гинекологу обратилась пациентка для выбора метода контрацепции. Возраст пациентки 35 лет, в анамнезе 2 нормальных родов. Какие вопросы должен задать ей врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Занятие 2. Хронические воспалительные заболевания гениталий (ЗППП): классификация, этиология, методы диагностики (в условиях женской консультации). Принцип лечения, профилактика.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов по ВОЗ (МКБ-10), частота, этиология, патогенез.

2. Клиническая картина в зависимости от анамнеза, локализации и стадии воспалительного процесса.

3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний ЖПО.

4. Выбор метода лечения воспалительных заболеваний ЖПО (консервативное или хирургическое. Лапароскопическим или лапаротомным доступом).

5. Профилактика рецидива воспалительных процессов гениталий и возможной эктопической беременности при спаечном процессе в малом тазу после перенесенного воспалительного процесса придатков матки или пельвиоперитонита.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты: Цитологического метода и взятых мазков со слизистой влагалища и шейки матки, аспитата из брюшной полости, Кольпоскопическое исследования, Ультразвукового исследования с интерпретацией полученных данных, Гистеро- и лапароскопии, Бактериоскопического- и бактериологического методов исследования.

4. Уметь поставить предположительный диагноз воспалительного заболевания органов малого таза.

5. Уметь определить тактику ведения больных с различной нозологией и степенью распространенности воспалительных заболеваний.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Занятие 3. Абдоминальный синдром (боли) в гинекологии.**

 **Воспалительные заболевания женских половых органов (острые, гнойные опухоли придатков). Внематочная беременность. Апоплексия яичников. Осложнения опухолей половых органов (миома, кистома), перекрут, некроз, разрыв, озлокачествление. Дифференциальная диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Причины «острого живота» в гинекологии.

2. Классификация эктопической беременности по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

3. Клиническая картина внематочной беременности, в зависимости от анамнеза, локализации, разновидности и типа прерывания эктопической беременности.

4. Методы диагностики и дифференциальной диагностики эктопической беременности.

5. Выбор метода лечения эктопической беременности (при лапароскопическом или лапаротомическом доступе).

6. Апоплексия яичников: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение.

7. Перекрут опухоли яичников: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение.

8. Некроз миоматозного узла: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение.

9. Пельвиоперитонит: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кульдоцентеза, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

4. Уметь поставить предположительный диагноз внематочной беременности.

5. Уметь определить тактику ведения больной с подозрением на прервавшуюся внематочную беременность.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.
 **Форма текущего контроля:**

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

 **Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастали в своей интенсивности и вскоре стали иррадиировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Рs - 120 уд/мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмбсрга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки.

1. Предположительный диагноз?

2. Какие заболевания имеют схожую клиническую картину?

3. Какова врачебная тактика?

4. Предполагаемый объем операции?

5. Реабилитационные мероприятия?

**Задача №2**

Больная В., 18 лет, доставлена бригадой скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота слева. Из анамнеза: заболела остро, когда около 3 часов назад после коитуса появились острые боли внизу живота слева, больная приняла таблетку баралгина - без эффекта, боли стали усиливаться, в связи, с чем больная вызвала скорую помощь.

Менструации с 14 лет, цикл установился через 1 год, в настоящее время месячные регулярные, через 30 дней, по 3 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструации началась 16 дней назад, прошла в срок, без особенностей. Беременностей в анамнезе не было. Контрацепция барьерная. Около 6 месяцев назад лечилась в гинекологическом стационаре по поводу острого воспаления придатков матки. Из соматических заболеваний: хронический бронхит.

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Температура 36°. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не обнаружено. Язык влажный. Живот не вздут, принимает участие в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в области гипогастрия, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения слизистые. Бимануальное исследование: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Правые придатки не определяются. Слева пальпируется незначительно увеличенный (до 4 см в диаметре), плотный, болезненный яичник. Своды глубокие, безболезненные. Параметрии свободные.

1. Предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. План обследования?

4. Какова тактика врача при отсутствии признаков внутрибрюшного кровотечения?

5. Какова профилактика данного заболевания?

**Занятие 4. Геморрагический синдром в гинекологии. ДМК (ювенильные, в репродуктивном возрасте, климактерические). Объем обследования, дифференциальная диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе. Эндометриоз. Миома матки.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация нарушений менструальной функции по ВОЗ (МКБ-10) и дисфункциональных маточных кровотечений, частота, этиология, патогенез, лечение.

2. Методы диагностики и дифференциальной диагностики дисфункциональных маточных кровотечений

3. Гормональный гемостаз (показания, схемы)

4. Профилактика рецидива нарушений менструальной функции.

5. Частота, этиология, патогенез и классификация эндометриоза гениталий

6. Клиническая картина в зависимости от локализации, распространенности и выраженности симптомов заболевания

7. Методы диагностики и дифференциальной диагностики эндометриоза.

8. Выбор метода лечения и оперативного доступа.

9. Методы профилактики и реабилитации после проведенного лечения.

10. Частота, этиология, патогенез и классификация миомы по ВОЗ (МКБ-10)

11. Клиническая картина в зависимости от локализации, величины опухоли и возраста больной.

12. Методы диагностики и дифференциальной диагностики миомы.

13. Выбор метода лечения и оперативного доступа.

14. Методы профилактики и реабилитации после проведенного лечения

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа -

в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Гистероскопии,

б. Кольпоскопии.

4. Уметь выявлять показания к хирургическому гемостазу.

5. Уметь поставить предположительный диагноз.

6. Уметь выбрать тактику ведения больной.

7. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

**Решение ситуационных задач:**

**Задача№1.** Больная И., 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Анамнез: Последние 2 года менструальный цикл нарушен. Интервал между менструациями 2-3 мес. Пятнадцать дней назад у больной после 2 мес. отсутствие менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. При обследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре шейки матки на зеркалах из цервикального канала кровянистые выделения. Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки находится в правильном положении, не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свода влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

1. Предварительный диагноз?

2. План диагностических и лечебных мероприятий.

 **Задача №2.** У девушки 16 лет появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 месяца назад по 3 дня через 28дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное. При ректо-абдоминальном исследовании патологии не выявлено. Гемоглобин – 80 г/л.

1. Предположительный диагноз?

2. Тактика ведения.

**Задача №3.** Больная 35 лет, у которой в анамнезе было 2 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений – в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2-3 месяцев. Начало заболевания связывает со стрессом, связанным с гибелью мужа. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Кровянистые выделения в умеренном количестве.

1. Предварительный диагноз

План диагностических и лечебных мероприятий

**Занятие 5. Рак шейки матки, эндометрия и яичников. Фоновые предраковые заболевания: объем обследования, дифференциальная диагностика, принцип лечения и оказание неотложной помощи.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Этиология, патогенез и классификация предрака и рака шейки матки

2. Клиническая картина в зависимости от стадии заболевания

3. Методы диагностики и дифференциальной диагностики РШМ.

4. Выбор метода лечения в зависимости от стадии заболевания.

5. Методы профилактики предрака и рака шейки матки.

 **Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и по нему сформулировать предварительный диагноз.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Знать дополнительные методы исследования для диагностики заболевания и оценить их результаты.

4. Уметь сформулировать клинический диагноз.

5. Уметь выбрать тактику ведения больной.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

 **Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

Больная 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, потерю веса, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

При осмотре гинеколога в малом тазу обнаружены два опухолевидных образования в области придатков с обеих сторон от матки, размерами 6x7x8 и 5x6x10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Матка в правильном положении, не увеличена, подвижна, безболезненна. Параметральная клетчатка не инфильтрирована.

Диагноз, план обследования и лечения?

**Задача № 2.**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два искусственных аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков, лечилась амбулаторно.

Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не

эрозирована, наружный зев щелевидный. Матка не увеличена, безболезненная. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10x12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической, местами плотноватой консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Тактика врача женской консультации?

**Занятие 6. Нейроэндокринный синдром в гинекологии (предменструальный, климактерический, посткастрационный).**

**Гиперандрогения (причины, клиника, диагностика). Бесплодие. Принципы обследования.**

 **Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие нейроэндокринного синдрома.

2. Причины, клиника и диагностика гипералдрогении.

3. Принципы терапии пациенток с гиперандрогенией.

4. Понятие бесплодия, причины.

5. Принципы обследования и лечения бесплодия

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь оценить дополнительные методы исследования и оценить результаты:

− Обследования по тестам функциональной диагностики (измерение базальной

температуры, оценка шеечных тестов – натяжение шеечной слизи, «лист папоротника», «симптом зрачка», подсчет кариопикнотического индекса).

− Цитологического исследования мазков с слизистой влагалища и шейки матки.

− Определения гормонов (ФСГ, ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ, Пролактин, АКТГ,

СТГ, ТТГ, Эстрадиола, кортизола. Тироксина, Трийодтиронина, Тестостерон,

ДГА-С) в сыворотке крови с помощью радиоиммунологического и иммуноферментного анализов.

− Эхо-энцефалографии, рео-энцефалографии.

− Гистеросальпингографии.

− Компьютерной и магнитно-резонансной томографии, рентгенографии черепа - в оценке состояния гипофиза и органов внутренней секреции.

− Ультразвукового исследования (трансабдоминального и трансвагинального).

− Эндоскопических методов исследования:

а. Лапароскопии,

б. Гистероскопии,

в. Кольпоскопии.

4. Уметь поставить предположительный диагноз воспалительного заболевания органов

малого таза.

5. Уметь определить тактику ведения больных с различной нозологией и степенью распространенности воспалительных заболеваний.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Форма текущего контроля:**

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

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1.** Больная 28 лет. Жалобы на редкие менструации, через 2-3 месяца, бесплодие в течение 6 лет. Объективно: рост 164 см, вес 90 кг, ожирение универсальное, гирсутизм. Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки покрыта неизмененной слизистой, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без видимой патологии. Своды свободные. Результаты обследования: базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,6 МЕ/л, ПРЛ – 423 мМЕ/л. По данным трансвагинального УЗИ: матка 4,7\*3,2\*4,5 см, эндометрий 6 см, яичники: правый – 5,3\*3,3 см, левый – 4,8\*3,1 см, строма гиперэхогенная, под капсулой визуализируются кистозные фолликулы диаметром 6-8 мм.

2. Предполагаемый диагноз?

3. Лечение?

**Задача №2.** Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 2 месяца.

Гинекологический статус; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (++). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Предполагаемый диагноз?

2. Тактика врача женской консультации

**Задача №3.** Больная М., 34 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бесплодие, нарушение менструальной функции. Месячные с 18 лет, до настоящего времени цикл носит нерегулярный характер с задержками до 3-4-х месяцев. По данным УЗИ, яичники увеличены в размерах до 4,5х3х3,5 см, поликистозной структуры, с утолщенным корковым слоем.

1. Диагноз.

2. Необходимое обследование в женской консультации.

3. Возможные методы диагностики в стационаре.

4. Лечение.

5. Прогноз для беременности,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-7 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека | U3 ПК-7 **Знать** основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы  | # К признакам живорождения относят наличие:розового цвета кожных покровов +пульсации пуповинырефлексовтонуса мышц. # Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности:+до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недельнезависимо от срока беременности# [Медицинские критерии](http://ivo.garant.ru/#/document/70113066/entry/1000) рождения утверждены приказом:+Минздравсоцразвития РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н"О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи"Федеральным законом N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"Конституцией Российской ФедерацииПорядком оказания акушерско-гинекологической помощи# Какая глава Федерального закона N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентирует вопросы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья?глава 1глава 3глава 5+глава 6глава 10# Какие отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, регулирует Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и определяет:правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья гражданправа и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих правполномочия и ответственность органов государственной власти РA, органов государственной власти субъектов РA и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровьяправа и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников+все ответы верны# Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является:диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периодапредупреждение и ранняя диагностика патологии новорожденныхпредупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности+предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных# Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации регламентирован:+приказ 572н Минздрава РФ от 1 ноября 2012 годаприказ 808н Минздравсоцразвития РФ от 2 октября 2009 годаприказ 752н Минздрава РФ от 12 ноября 2012 годаприказ 484н Минздрава РФ от 14 октября 2003 года# Трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности проводится в сроки:10-12, 18-22, 30-32 недели+11-14, 18-21, 30-34 недели7-8, 11-14, 20-21 недели11-14, 20-21, 32-34 недели10-12, 18-21, 32-34 недели# На медицинские учреждения какой формы собственности распространяется Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации?государственные медицинские учреждениячастные медицинские учреждения+на все медицинские учреждения вне зависимости от формы собственностимуниципальные медицинские учреждения# Искусственное прерывание беременности по наличии медицинских показаний проводится при сроке беременности:до двадцати двух недельдо 12 недельдо 28 недель+независимо от срока беременности# Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2007 г. N 736т определяет:+перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременностиперечень социальных показаний для искусственного прерывания беременностиперечень медицинских и социальных показаний для искусственного прерывания беременностипротивопоказания к прерывания беременности# Медицинскими критериями рождения являются:+срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 см, - при продолжительности жизни более 168 часов после рождения (7 суток)срок беременности 22 недели и болеемасса тела ребенка при рождении 500 грамм и более ( или менее 500 грамм при многоплодных родах)длина тела ребенка при рождении 25 см и более# Медицинская стерилизация это:+медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по устному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше двадцати лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина - независимо от возраста и наличия детеймедицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее пятерых детей# В Российской Федерации проводятся следующие виды экспертиз:экспертиза временной нетрудоспособностимедико-социальная экспертизавоенно-врачебная экспертизасудебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизаэкспертизы профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией+все ответы верны# Законодательством Российской Федерации за незаконное проведение искусственного прерывания беременности установлена ответственность:+административная и уголовнаяадминистративнаяуголовнаясудебная# Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях:+в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощитолько на основе платных услугтолько по договорам добровольного медицинского страхованиявсе ответы верны |
| U3 ПК 7 **Уметь** заполнять типовую медицинскую документацию; применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть.**Владеть** правильным ведением медицинской документации. | # Пациентка 30 лет. По данным ультразвукового исследования диагностирована беременность тройней. В каком сроке беременности и какой продолжительностью будет выдан листок нетрудоспособности по беременности и родам?в 30 недель на 140 дней+ в 28 недель на 194 дняв 30 недель на 194 дняв 28 недель на 156 днейв 32 недели на 70 дней# Пациентка 42 лет. Родоразрешена операцией кесарева сечения в плановом порядке по поводу тазового предлежания крупного плода. Что является показанием для выдачи дополнительного листка нетрудоспособности по беременности и родам на 16 дней?+оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечениетазовое предлежание плодакрупный плодвозраст пациентки 42 года.# По факту рождения ребенка родителям новорожденного для регистрации его в органах записи актов гражданского состояния (ЗАГС) в родильном доме выдается:свидетельство о рождении ребенкалисток по факту рождения ребенка+медицинское свидетельство о рожденииобменная карта новорожденногопаспорт новорожденного#Заполнение листка нетрудоспособности в бумажной форме проводится:ручкой с синими чернилами+гелиевой ручкой с черными черниламишариковой ручкой с черными черниламитребований к письменным принадлежностям нет. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| U2 ПК-12 готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов | U3 ПК-12 **Знать**Современные принципы ведения беременности и родов | # Своевременные роды – это роды в: сроке 38-41 неделя гестации+сроке 37 нед 1 день-41 неделя36 недель-40 недель37-42 недели# В родах обязательным является ведение:+партограммыкрипрогрмаммыфонограммыэлектрокардиограммы# Семейно-ориентированные роды это:+роды с участием членов семьиРоды, проходящие в домашних условияхРоды вне лечебного учрежденияРоды только в перинатальных центрах# Объективные признаки начала родовОтсутствие открытия шейки матки Нерегулярные схваткообразные боли внизу животаБурное шевеление плода+Регулярные схватки чрез 10 минут и чаще# При поступлении роженицы в акушерский стационар врач должен:Оценить состояние роженицы и выслушать сердцебиение плодаВсе ответы верны+Провести наружний акушерский осмотр и внутренне акушерское исследованиеУстановить диагноз при поступлении и выработать план ведения родов# Постоянный мониторинг за состоянием плода в родах показан:Переношенная беременностьПреэклампсияСахарный диабетМекониальная окраска вод+Все вышеперечисленное# Для обезболивания в родах используются:Внутривенная аналгезияСпазмолитики+Наркотические анальгетикиВ родах обезболивание не используется#При поступлении роженицы в родильный блок врач должен:провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазуОпределить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуациюОценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов+все ответы верны# Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу:1,2 см/час2,5 см/час+0,35 см/час1,5 см/час# Второй период родов длится:С начала потужной деятельностиС открытия маточного зева 8 смЗаканчивается рождением последа+с момента полного открытия до рождения ребенка# Максимальная длительность третьего периода родов:+30 минут1 час5-7 минут беременности45 минут# Во втором периоде родов акушерка должна находиться с роженицей:По требованию роженицы+постоянноКаждые 10 минутНе должна быть в род зале# Признаки удовлетворительного состояния ребенка при рождении:+розовый цвет кожичастота сердечных сокращений менее 100 в минутуредкое дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крикСинюшная окраска кожиЧастота сердечных сокращений 60 ударов в минуту# Пережатие и отсечение пуповины происходит:сразу после рождения ребенкачерез 30 секунд+через 1 минуту, но не более 10 минут после рождения ребенкаПо желанию женщины# С целью профилактики кровотечения в родах используется:+10 ЕД окситоцинаэнзапрост25 ЕД окситоцинаДицинон 500 ЕД# Допустимая кровопотеря в родах+Не более 0,5 % от массы тела1% от массы тела0,25 % от массы тела1,5 % от массы тела |
| U3 ПК 12 **Уметь** Правильнооценивать данные анамнеза, течения беременности, медицинские и социальные показания и противопоказания к сохранению беременности**Владеть** навыками приема физиологических родов | # Первобеременная пациентка 30 лет поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Предлежит тазовый конец над входом в малый таз. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 39 см. Выберете способ родоразрешения:+экстренное кесарево сечениеСамостоятельные роды с оказанием пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды без оказания пособия по ЦовьяновуСамостоятельные роды с оказанием пособия по Цовьянову, классического ручного пособия и пособия по Морисо-Левре-Лашапель# Пациентка 22 лет. Родила мальчика весом 3500 г 54 см. Через 30 минут послед не отделился, кровотечения нет, признаки отделения последа положительные. Ваша тактика:+выделение последа наружными способами по Абуладзе, Гентеру или Креде -ЛазаревичуРучное отделение и выделение последа под внутривенным обезболиваниемРучное отделение и выделение последа без обезболиванияНеобходимо подождать еще 30 минут# Пациентка 30 лет поступила в родом с жалобами на кровянистые безболезные умеренные выделения из половых путей на фоне абсолютного спокойствия. Матка в нормотонусе, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 144 уд в минуту. Положение плода поперечное. Ваш диагноз:Прежедевременная отслойка нормально расположенной плаценты+Предлежание плацентыЭрозия шейки маткиКровоточащий полип цервикального канала |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена по экзаменационным билетам.

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

*Рд=Ртс +Рз/э, где*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз/э –*** *экзаменационный(зачетный) рейтинг;*

***Ртс–*** *текущий стандартизованный рейтинг*

Расчет Рэ (экзаменационного рейтинга)

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**Правила формирования текущего стандартизованного рейтинга обучающегося (д**алее текущий рейтинг)

Текущий рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 70 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает от 2 до 5 баллов включительно. Количество баллов складывается из входного контроля, устного ответа, самостоятельной работы на практическом занятии.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме тестирования и результатов истории болезни/родов и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**Правила получения бонусных баллов учащимися**

Дополнительный баллы, начисляемые по решению кафедры акушерства и гинекологии обучающемуся за определённые виды академической деятельности

Посещение обучающимися всех практических занятий и лекций 2 балла.

Результаты участия обучающегосяв предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре : 1 место 3 балла, 2 место -2балла, 3 место 2 балла, участие 1 балл.

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме Экзамена и Зачета

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

**Рэ - экзаменационный рейтинг Экзамен**

**30 БАЛЛОВ= 3Б+9Б+9Б+9Б**

**ТЕСТЫ 3 БАЛЛА:**

71-80 1 балл

81-90 2 балла

91-100 3балла

**1 ВОПРОС/ЗАДАЧА 9 баллов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка по 5 бальной системе** | **По БРС** |
| 2 (Неудовлетворительно) | 0 -2 балл |
| 3 (Удовлетворительно)  | 3-4 балл |
| 4 (Хорошо) | 5-7 баллов |
| 5 (Отлично) | 8-9 баллов |

**Критерии оценки (Вопрос)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка**  | **По БРС** | **Критерии**  |
| Неудовлетворительно | 0 баллов | Отказ от ответа |
| 1 балл | ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла. Отсутствие монологической речи. |
| 2 балла | ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.  |
| Удовлетворительно | 3 балла | ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускаются серьезная ошибка в содержании ответа, но после наводящего вопроса, правильно корректирует ответ. |
| 4 балла | ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается 3-4 ошибки в содержании ответа. |
| Хорошо | 5 баллов | ответ, обнаруживающий достаточные знания основных вопросов изучаемого материла; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, давать относительно аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 3-4 неточности в ответе. |
| 6 баллов | ответ, обнаруживающий достаточно прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 2 неточности в ответе. |
| 7 баллов | ответ, обнаруживающий достаточно прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы; владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается 1 неточность в ответе. |
| Отлично | 8 баллов | ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.Однако допускается 1 неточность в ответе. |
| 9 баллов | ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |

**Критерии оценки (Задачи)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Оценка**  | **По БРС** | **Критерии**  |
| Неудовлетворительно | 0 баллов | Выставляется без беседы по задаче, если обучающийся отказался от решения задачи. |
| 1 балл | Выставляется без беседы по задаче, если обучающийся не решил задачу. |
| 2 балла | Выставляется за бессодержательные ответы на вопрос, незнание основных понятий. |
| Удовлетворительно | 3 балла | Выставляется за формальные ответы, непонимание задачи.  |
| 4 баллов | Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы задачи, свидетельствующие о существенных недоработках обучающегося.  |
| Хорошо | 5 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются неточности носящие принципиальный характер.  |
| 6 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются неточности (2-3) носящие непринципиальный характер.  |
| 7 баллов | Выставляется за достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в изложении имеются единичные неточности, носящие непринципиальный характер.  |
| Отлично | 8 баллов | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы задачи. Однако имеются единичные неточности, носящие непринципиальный характер |
| 9 баллов | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы задачи. |

**Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимися при условии получения им экзаменацинного/зачетного рейтинга не менее 15 баллов**

**Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **Оценка по дисциплине (модулю)** |
| **экзамен, дифференцированный зачёт** | **зачёт** |
| 86 - 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 - 85 балла | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 - 69 балла | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Obstetrics exam questions for 4-year students, General medicine**

1. Structure and management of maternity unit. Criteria of admission to the probationary ward. SanPin 2.1.3.2630-10 “Sanitary-epidemiological requirements for organizations engaged in medical activities”
2. Pelvic floor. Its structure and functions.
3. Tasks and working methods of a well-woman clinic. Principles of pregnant women follow-up (Order of Health Ministry of the RF no. 572-n).
4. Female pelvis, pelvic planes, size of pelvis, its significance in obstetrics. True conjugate in obstetrics and its significance.
5. Follow-up of pregnant women suffering from cardiovascular diseases (Order of Health Ministry of the RF no. 572-n).
6. Peculiarities of sanitary and anti-epidemic regime in obstetrics hospital. Prevention of healthcare-associated infection in obstetrics hospital.
7. Sanitary-epidemiological regime in maternity home. SanPin 2.1.3.2630-10 “Sanitary-epidemiological requirements for organizations engaged in medical activities”
8. Leading figure in obstetrics M.M. Ambodik.
9. Well-woman clinic in prevention of pregnancy and delivery complications.
10. Well-woman clinic in prevention of pre-eclampsia.
11. Role of well-woman clinic in fetal protection.
12. Peculiarities and significance of asepsis and antisepsis in obstetrics.
13. Female genital organs secretion. Gonadotropic hormones. Menstrual function regulation.
14. Neuroendocrine regulation of female reproductive system. Cyclic changes in a woman`s organism.
15. Late pregnancy diagnosis. Determination of maternity leave period. Criteria of maternity leave extension.
16. Determination of delivery date and maternity leave period. Criteria of maternity leave extension.
17. Follow-up of pregnant women suffering from extragenital diseases (Order of Health Ministry of the RF no. 572-n)
18. Cyclic changes in ovaries and uterus during menstrual period.
19. Follow-up of pregnant women suffering from renal diseases.
20. Peculiarities of follow-up of pregnant women with diabetes.
21. Implantation, fetus organogenesis and placentation. Influence of external disturbing factors on the fetus.
22. Anatomical and physiological peculiarities of female reproductive system at different periods of life.
23. Anatomical and physiological peculiarities of women of reproductive age.
24. Role of pituitary-hypothalamic secretion in menstrual function regulation.
25. Anatomical and physiological peculiarities of female reproductive system during prepubertal period and puberty.
26. Probable and true signs of pregnancy.
27. Principles of follow-up of pregnant women in a well-woman clinic, risk stratification for the prevention of pregnancy and delivery complications.
28. Role of well-woman clinic in pregnancy and delivery complications prevention.
29. Regimen, personal hygiene an Учебное пособие для студентов, Оренбург, РИС ОрГМУ, 2016d diet of a pregnant woman. Role of well-woman clinic in prevention of large birth size.
30. Methods of intrauterine fetal state diagnosis.
31. Influence of external factors on a fetus.
32. Methods of fertility regulation.
33. Biomechanism of labour in case of occiput-anterior position of the vertex.
34. Biomechanism of labour in case of occiput-posterior position of the vertex
35. Causes of labour onset. Labour regulation.
36. The first period of labour. Uterine cervix effacement and cervical dilatation, modern methods of labour management and labour pain relief, influence on the fetus.
37. Anatomy peculiarities of fetal head and its size. Anatomical and physiological peculiarities of a full-term fetus. Signs of fetal maturity.
38. Pelvic presentation. Its causes, classification, diagnosis, labour biomechanism.
39. Labour stages, duration of labour stages. Modern methods of labour management and labour pain relief. Bleedings prevention
40. Physiology of placental stage. Its management, bleedings prevention.
41. Evaluation of newborn`s condition according to Apgar score. Primary neonate care. Gonoblennorrhea prevention.
42. Biomechanism of labour in case of pelvic presentation. Manual handling in case pelvic presentation, prevention of labour complications.
43. Pelvic presentation: causes, classification, diagnosis. Peculiarities of labour management, possible complications and their prevention.
44. Extension of fetal head. Its etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, peculiarities of labour biomechanism and labour management.
45. Placental stage. Physiology of placental expulsion and placenta delivery. Signs of placental expulsion. Methods of placenta delivery. Emergency aid in case of bleedings.
46. Fetus as an object of labour. Size of fetal head and fetal body. Concept of fetal maturity.
47. Changes of female organism during pregnancy.
48. Breast changes during pregnancy. Breast care during postpartum period. Lactational mastitis prevention.
49. Anatomical and physiological peculiarities of newborn. Newborn care.
50. Perineal tear and cervical laceration. Causes, classification, diagnosis, treatment and prevention.
51. Causes of labour onset. Labour regulation. Readiness of a female to labour. Modern methods of labour management and labour pain relief. Prevention of labour bleedings.
52. Malposition of the fetus, its types, etiology and diagnosis. Peculiarities of pregnancy and labour management. Complications, prevention of complications.
53. Pregnancy and labour in case of heart defect. Emergency aid in case of acute cardiac failure during labour.
54. Peculiarities of pregnancy and labour management in case of renal disease. Contraindications to pregnancy. Influence on the fetus.
55. Peculiarities of pregnancy and labour management in case of diabetes. Diabetic fetopathy.
56. Peculiarities of pregnancy and labour management in case of diabetes. Diabetic fetopathy. Pregnancy and labour complications.
57. Postpartum bleeding. Etiology, pathogenesis, clinical picture, emergency aid, treatment of hemorrhagic shock. Its prevention.
58. Uterine rupture. Its etiology, pathogenesis. Classification. Clinical picture of complete uterine rupture. Emergency aid during prehospital period.
59. Complete and incomplete uterine rupture. Clinical picture and diagnosis. Emergency aid.
60. Placenta previa. Its etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis. Obstetric management in case of complete placenta previa.
61. Placenta previa. Its etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis. Peculiarities of pregnancy and labour management in case of incomplete placenta previa. Principles of hemorrhagic shock treatment.
62. Premature separation of normal placenta. Its etiology, pathogenesis, clinical picture, emergency aid, prevention.
63. Preeclampsia. Its classification, pathogenesis, treatment principles.
64. Preeclampsia. Its clinical picture, diagnosis, treatment and prevention. Emergency aid in case of preeclampsia and eclampsia during prehospital period.
65. Eclampsia. Its clinical picture, diagnosis, emergency aid and prevention.
66. Postpartum septic diseases. Their etiology and classification. Postpartum endometritis. Its clinical picture, diagnosis, treatment and prevention.
67. Postpartum septic diseases. Channels of infection, classification. Sepsis clinical picture, diagnosis, treatment and prevention.
68. Multiple pregnancy. Its diagnosis, peculiarities of labour management, pregnancy and labour complications, their prevention.
69. Uterine inertia. Its etiology, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention.
70. Labour abnormalities. Classification, etiology, clinical picture of dystocia, modern methods of treatment, prevention.
71. Fetal-maternal blood incompatibility. Its pathogenesis, diagnosis, modern principles of pregnancy and labor management, prevention
72. Contracted pelvis. Classification. Diagnosis. Biomechanism of labour in case of generally contracted pelvis. Principles of labor management, complications and prevention.
73. Postterm pregnancy. Its etiology, etiology, pathogenesis, influence on the fetus, obstetric management.
74. Placentation abnormalities. Etiology, pathogenesis, classification, clinical picture, obstetric management.
75. Cesarean delivery. Indications, conditions, anesthesia, types of surgeries.
76. Fetoplacental insufficiency. Its etiology, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention
77. Modern contraceptive methods. Classification, contraindications, mechanisms, complications and their prevention
78. Embryotomy. Types of embryotomy, indications, conditions, anesthesia, complications. Place of embryotomy in modern obstetrics.
79. The readiness of a female to labour. Preparatory and preliminary periods, duration of these periods, clinical picture. Pathological preliminary period, clinical picture, diagnosis, obstetric management.
80. Groups of high risk for pregnancy and labour complications.
81. Postpartum period management. Prevention of possible complications of postpartum period.
82. Newborn asphyxia. Etiology, evaluation of a newborn`s state according to Apgar score. Modern principles of neonatal resuscitation.
83. The second period of labour. Clinical picture, biomechanism of labour in case of occiput-anterior position of the vertex. The influence of the second period on the fetus. Prevention of soft tissue injuries during labour.
84. Uterine rupture. Its etiology, diagnosis, clinical picture. Principles of emergency aid.
85. Intrauterine hypoxia. Its etiology, pathogenesis, clinical picture, modern methods of diagnosis, treatment and prevention.
86. Obstetrical forceps. Indications, conditions, use of obstetrical forceps. Maternal and fetal complications, their prevention.
87. Anatomically contracted pelvis and cephalopelvic disproportion. Diagnosis, principles of labour management, possible complications and their prevention.
88. Flat rachitic pelvis. Its etiology, diagnosis, peculiarities of labour biomechanism and labour management. Labour complications, prevention.
89. Preterm labour. Its etiology and pathogenesis. Influence on the fetus. Obstetric management in case of preterm labour.
90. Preeclampsia. Its forms, pathogenesis, clinical picture, principles of treatment, obstetric management and rehabilitation.
91. **Structure and management of perinatal center, its role in newborn`s protection.**

 **Obstetrics and gynecology exam questions for 5-year students, General medicine**

**Gynecology**

1. Methods of investigation of hormonal ovarian function
2. Anatomy of female genital organs
3. Anatomy and physiology features of female reproductive system in fetal and infant periods.
4. Anatomy and physiology features of reproductive system of a woman during climacterical period.
5. Anatomy and physiology features of reproductive system of a girl during prepubertal and puberty periods.
6. Legal abortion: medical indications, conditions, anaesthesia, complications and prevention.
7. Criminal abortion: causes, clinical forms, clinical picture, first aid.
8. Hormonal contraception methods: drugs classification, mechanism, contraindications, complications.
9. Abnormal juvenile bleeding: pathogenesis, clinical picture, treatment, prevention.
10. Abnormal uterine bleeding in premenopausal age: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, first aid, rehabilitation
11. Female sex hormones and its effect on female body.
12. Delayed puberty: etiology, clinical picture, diagnosis, treatment.
13. The role of gonadotrophic hormones in menstrual period regulation.
14. Artificial abortion: conditions, anaesthesia, complications and prevention.
15. Climacteric syndrome: pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, treatment.
16. Methods of cervix diseases diagnosis.
17. Methods of gynecology patients’ examination.
18. Neuroendocrine regulation of menstrual period.
19. Peculiarities of contraception for adolescents: classification of methods, mechanism, contraindications.
20. Acute inflammatory disease of adnexa uteri: etiology, clinical picture, diagnosis, treatment.
21. Acute metroendometritis: etiology, clinical picture, diagnosis, treatment.
22. Age periods of female life.
23. Advanced sexual development: etiology, clinical picture, diagnosis, therapy.
24. The role of well-woman clinic in prevention and treatment of gynecology disorders.
25. Modern contraception methods: types, conditions of use, mechanism, contraindications, complications
26. Modern methods of planned parenthood: aims, tasks, abortion prevention
27. Modern views of neuroendocrine regulation of menstrual period. Pituitary-hypothalamic neurosecretory system and its role in menstrual function regulation. Classification of menstrual disorders.
28. The role of well-woman clinic in the system of obstetrics-gynecology care.
29. Specific methods of gynecology examination (colposcopy, hysteroscopy, laparoscopy, ultrasound): informative value, indications, conditions.
30. Purity grade of vaginal smear: indications, informative value, methods, role in gynecology disorders diagnosis.
31. Menstrual periods functional diagnostics: types, time periods, informative value.
32. Topography of small pelvis organs.
33. Cyclic changes in ovaries and uterus during menstrual period.
34. Endoscopic methods of examination in gynecology: indications, conditions, informative value.
35. Molar pregnancy: etiology, diagnostics, treatment, principles of preventive medical examination
36. Acute abdomen in gynecology: causes, clinical picture, differential diagnostics, first aid, indications to operative therapy.
37. Prolapse of the uterus: causes, clinical picture, treatment, prevention.
38. Abnormal uterine bleeding in reproductive age: pathogenesis, differential diagnostics, first aid, hormonal hemostasis
39. Ovarian benign tumor: classification, diagnostics, clinical picture, complications, treatment. Method of case follow-up
40. Ovarian epithelial tumor: classification, diagnostics, clinical picture, complications, treatment
41. Infertile couple. Causes of infertility in family. Methods of examination. Principles of female infertility treatment.
42. Sexually transmitted disease: etiology, classification, diagnostics principles, treatment, prevention
43. Infected abortion: etiology, clinical picture, complications, diagnostics, treatment, first aid. First aid in case of septic shock.
44. Uterine myoma: classification, clinical picture, diagnostics. Surgical indications. Surgery volume.
45. Uterine myoma: etiology, pathogenesis, classification. Clinical picture of submucous myoma. Treatment principles, surgical indications.
46. Menstrual disorders: classification, etiology, pathogenesis, examination methods, differential diagnostics.
47. Incomplete abortion: clinical picture, first aid, complications prevention.
48. Ovarian apoplexy: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, first aid, surgery volume
49. Ovarian tumor complications: clinical picture, diagnostics, first aid
50. Acute female gonorrhea: clinical picture, diagnostics methods, treatment, criteria of gonorrhea cure, prevention.
51. Acute adnexitis: etiology, clinical picture, diagnostics, treatment, prevention.
52. Acute pelvioperitonitis: etiology, differential diagnostics, first aid.
53. Torsion of ovarian tumor pedicle: anatomical and surgical pedicle, clinical picture, differential diagnostics, treatment.
54. Premenstrual syndrome: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, treatment.
55. Cervical cancer: stages of dissemination, clinical picture, diagnostics methods, treatment, prevention.
56. Endometrial cancer: etiology, pathogenesis, stages of dissemination, clinical picture, diagnostics, treatment
57. Ovarian cancer: classification, stages of dissemination, clinical picture, diagnostics, treatment
58. Septic abortion: etiology, clinical picture, diagnostics, first aid in case of bacteremic shock
59. Trichomoniasis of female genital organs: etiology, clinical picture, diagnostics, treatment, prevention.
60. Chorionic carcinoma: pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, treatment, method of case follow-up
61. Ruptured ectopic pregnancy: etiology, clinical picture, diagnostics, first aid
62. Tubal abortion: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, treatment, rehabilitation
63. Tuberculosis of female genital organs: classification, clinical picture, diagnostics, treatment
64. Cervical background diseases and cervical precancer: clinical picture, diagnostics, treatment
65. Endometrial background diseases and precancer: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, medical tactics
66. Chronic inflammatory diseases of internal genital organs: etiology, clinical picture, diagnostics, treatment.
67. Chronic adnexitis: etiology, pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, treatment
68. Endometriosis: classification, clinical picture, diagnostics methods, conservative treatment
69. Ovarian epithelial tumor: classification, diagnostics, clinical picture, complications, treatment
70. Chronic female gonorrhea: clinical picture, diagnostics, treatment, provocation in gonorrhea.

**OBSTETRICS**

1. Asphyxia of newborn. Neonatal adaptation of newborn as the basis of homeostasis maintenance, mechanism of homeostasis maintenance. Etiology, pathogenesis, classification, assessment of asphyxia severity, modern methods of resuscitation.
2. Anaemia of gravida: etiology, clinical picture, diagnostics, treatment, role of proteins in the diet, amino acids pathway. Pregnancy and labour management. Postpartum period rehabilitation.
3. Severe preeclampsia: pregnancy and labour management, complications for gravida, newborn and fetus. Indications for preterm delivery.
4. Regimen, personal hygiene and diet of gravida. Role of proteins in the diet. Peculiarities of diet therapy in prevention of pregnancy complications.
5. Histophysiology of breast, neuroendocrine regulation of lactation. Breast disorders in postpartum period (cracked nipples, pathological breast engorgement, nonsuppurative mastitis). Clinical picture, diagnostics, treatment, prevention.
6. Clinical picture of labour: labour causes, mechanism of uterine contractions regularity, labour periods, their duration and clinical signs. Modern methods of labour management. Labour pain relief.
7. Early postpartum hemorrhage: etiology, clinical picture, diagnostics. First aid in case of postpartum hypotonic uterine bleeding. Labour bleeding prevention.
8. Preeclampsia of gravida: pathogenesis, classification, clinical picture, diagnostics, treatment.
9. Premature separation of normal placenta. The role of placenta in the “mother-child” system. Peculiarities of placenta development, its etiology, clinical picture, differential diagnostics, pregnancy and labour management, first aid, prevention.
10. The role of well-woman clinic in pregnancy and delivery complications prevention: preventive medical examination of gravida from high risk groups, pregnancy and labour management
11. Contracted pelvis: etiology, diagnostics, peculiarities of pregnancy and labour management, complications prevention.
12. Biomechanism of labour in case of occiput-anterior position of the vertex. Period of fetus expulsion, its management. Complications prevention.
13. Labour management, labour pain relief, bleeding prevention.
14. Personal hygiene and diet of gravida. Role of well-woman clinic in prevention of large birth size.
15. Readiness of a female body to labour. Preparatory and preliminary periods, duration of these periods. Pathological preliminary period, clinical picture, diagnostics, obstetric management.
16. Follow-up of pregnant women suffering from renal diseases (pyelonephritis, glomerulonephritis, urinary stone disease), contraindications to pregnancy. Postpartum period rehabilitation.
17. Follow-up of pregnant women suffering from endocrine disorders (diabetes mellitus): contraindications to pregnancy, duration of preventive hospital stay. Postpartum period rehabilitation. Diabetic fetopathy.
18. Preventive medical examination of healthy gravida (Order of Health Ministry of the RF no. 572-n): duration of follow-up, examination volume, risk stratification.
19. Renal disorders and pregnancy: classification, risk groups, contraindications to pregnancy. Peculiarities of pregnancy and labour. Postpartum period rehabilitation.
20. Breast changes during pregnancy. Breast care during postpartum period. Mastitis prevention.
21. Implantation, fetus organogenesis and placentation. Influence of external disturbing factors on the fetus.
22. Cesarean delivery. Indications, conditions, types of surgery, topography basis of lower uterine segment section, main stages of operative technique. Possible complications, prevention.
23. Labour clinical picture, labour stages, duration of labour stages. Modern methods of labour management. Labour pain relief.
24. Placental stage bleeding: etiology, clinical picture, diagnostics, first aid, prevention.
25. Preterm labour. Its etiology, clinical picture, treatment. Peculiarities of preterm labour management.
26. Use of obstetrical forceps. Indications, conditions, complications and their prevention.
27. Sanitary-epidemiological regime in maternity home. SanPin 2.1.3.2630-10 “Sanitary-epidemiological requirements for organizations engaged in medical activities”
28. Evaluation of newborn`s condition according to Apgar score. Primary neonate care
29. Preeclampsia: etiology, pathogenesis, classification, differential diagnostics, treatment principles, prevention within the conditions of a well-woman clinic.
30. Postpartum bleeding: causes, clinical picture, diagnostics, emergency aid, prevention.
31. Postpartum mastitis. Etiology, main signs, stages and forms. Etiology, pathogenesis, classification of mastitis. Course of mastitis in modern life, diagnostics, treatment, prevention.
32. Postpartum period: clinical characteristics, duration, modern principles of its management. First aid in case of postpartum bleeding during prehospital phase.
33. Placenta previa: etiology, classification, clinical picture, diagnostics, obstetric management.
34. Uterine rupture: causes, mechanism, clinical picture of complete uterine rupture. Emergency aid.
35. Uterine rupture: etiology, classification. Clinical picture of threatened uterine rupture. Obstetric management.
36. The role of well-woman clinic in prevention of pre-eclampsia: risk stratification, peculiarities of follow-up care, diagnostics, management.
37. Diabetes mellitus and pregnancy: peculiarities of disease, complications. Case follow-up of pregnant women with diabetes mellitus.
38. Uterine inertia: etiology, types, clinical picture, diagnosis, treatment and prevention.
39. Pelvic presentation: classification, diagnosis. Principles of pregnancy and labour management.
40. Pregnancy and labour in case of heart defects. Preventive medical examination, contraindications to pregnancy maintenance. First aid in case of pulmonary edema.
41. Eclampsia: pathogenesis, clinical picture, differential diagnostics, first aid, prevention and obstetric management.
42. Pregnancy and labour management in women with heart defects: main tasks and methods of examination of gravida with cardiovascular pathology, contraindications to pregnancy, duration of preventive hospital stay, mode of delivery. Complications prevention.
43. Late pregnancy diagnosis: history taking, physical examination, other methods of examination.
44. Postterm pregnancy: etiology, pathogenesis, influence on the fetus, obstetric management.
45. Placenta. Peculiarities of its development, implantation. Placental deficiency: etiology, clinical picture, diagnostics, treatment, prevention of placental deficiency during critical periods of pregnancy.

**Principles of postpartum period management: sanitary-epidemiological regime, diet, postpartum care. Postpartum infections prevention.** .

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета.

**Образец экзаменационного билета для проведения промежуточной аттестации 5 курса**

**orm of intermediate certification: Exam**

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации – специалитет**

**Специальность 31.05.01 лечебное дело**

**Дисциплина: Акушерство и гинекология**

**Форма промежуточной аттестации: Экзамен**

|  |
| --- |
| **Examination ticket/card № 2 – Экзаменационный билет № 2****1.** Abnormal juvenile bleeding: pathogenesis, clinical picture, treatment, prevention. (Дисфункциональные ювенильные маточные кровотечения: патогенез, клиника, лечение, профилактика.)**2.** Torsion of ovarian tumor pedicle: anatomical and surgical pedicle, clinical picture, differential diagnostics, treatment. (Перекрут ножки опухоли яичника: понятие об анатомической и хирургической ножке опухоли яичника, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.)**3.** Preventive medical examination of healthy gravida (Order of Health Ministry of the RF no. 572-n): duration of follow-up, examination volume, risk stratification. (Диспансеризация здоровых беременных женщин (приказ МЗ РФ № 572-н): оптимальный срок взятия на учет, объем обследования, выделение групп риска.)Head of the Obsetrics and Gynaecological departmentMD, PhD, Professor O.D. KonstantinovaDean of the Foreign students facultyMD, PhD A.O. Mironchev2018 |

**СПИСОК**

**задач по акушерству и гинекологии**

**для экзаменов 4 курса лечебного факультета**

Case 1

An 18-year-old gravida I with full-term pregnancy complaints of persistent abdominal pain and dark spotting. She has had headaches, leg swelling and abdominal swelling for 10 days. She didn`t see a doctor earlier. The woman is pale, blood pressure 140/80, pulse 90/min, satisfactory volume. Uterus is tense and painful, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is muffled and arrhythmic, pulse 160/min. The woman is not in labour, she presents heavy vaginal spotting.

Vaginal examination: cervix is normal, external os is closed.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 2

A 21-year-old gra-vida I with full-term pregnancy in labour presented acute headache and eye floaters. Blood pressure is 180/120, leg swelling is moderate. There is no history of high blood pressure and renal failure. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis, fetal heartbeat is normal and rhythmic, pulse 130/min.

Vaginal examination: cervical effacement, external os is 4cm dilated, the membranes are intact. The presentation is cephalic, over the first pelvic plane. Sacral promontory not reached.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 3

A 27-year-old gravida I at 34 weeks of gestation. She noticed the 3,8 kg gain of weight during 2 weeks. The woman has no other complaints. Blood pressure 110/70, urine protein 0,66%.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 4

A 29-year-old gravida I was admitted to maternity house after a convulsionary attack. Blood pressure 210/120, her condition is critical, she looks retarded. Pregnancy is full-term, polar presentation, the fetus is cephalic. The fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 130/min, it is heard on the left under the navel. The woman has active, prolonged contractions. Vaginal examination: external os is fully dilated, the membranes are ruptured, the fetal head is at the pelvic plane of least dimensions. The sagittal suture is at the right oblique diameter. Posterior fontanelle is to the left front.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 5

A 25-year-old gravida II was admitted to maternity house with spontaneous labour. She was not followed up in a well-woman clinic regularly. During the last two weeks, the woman noticed face and leg swellings. 10 hours in labour, water broke 2 hours ago.

Blood pressure is 180-100 and 170/100. Pronounced leg swellings. Pelvis measurement: 26-28-30-21cm. Fundal height-35cm, abdominal circumference is 100cm. Polar presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is rhythmic, 160/min.

Vaginal examination: cervical effacement, external os is fully dilated, the membranes are ruptures. The fetus is cephalic, the fetal head is at the third pelvic plane, sagittal suture is at the left oblique diameter. Posterior fontanelle is to the right front. Pelvis is capacious.

What is the diagnosis?

What is the plan of labour and pregnancy management?

Case 6

A 20-year-old gravida I at 36 weeks of gestation complaints of low extremities swelling. Blood pressure 150/90, 140/90. Urine protein 1%.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 7

34-year-old gravida was admitted to maternity house with contractions, starting 6 hours ago. Para 2, she had 3 therapeutic abortions. In 2 hours the woman gave birth to 3600 g female infant at term. In 15 min after the delivery the woman presented with vaginal bleeding. There are no signs of placenta separation. Blood loss is 200ml. The bleeding doesn`t stop.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 8

A 28-year-old gravida I gave birth to 3500g male infant at term. No significant medical history. In 10 min after the delivery, there were signs of placenta separation, but it is not delivered, there is no bleeding. The condition of the patient is satisfactory. Heart rate is 80/min. Blood pressure is 120/70.

How should this patient be managed?

Case 9

A 29-year-old gravida III, para I. Two previous pregnancies ended in illegal abortions. During the postpartum period, the blood loss was 400 ml. The doctor attempted a manual removal of afterbirth, but it can`t be removed completely. There are fragments of the placenta remained in the uterus, the patient presented profuse bleeding.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 10

A 20-year-old gravida I was admitted to maternity house during the second period of labour. She gave birth to healthy 3950 g female infant. The placenta was delivered spontaneously in 5 min after delivery. There are signs that some fragments of the placenta remained in the uterus. The uterus is well contracted. The blood loss is 100ml.

What is the diagnosis?

How should this patient be managed?

Case 11

A 33-year-old gravida III, para II, the body weight is 70 kg. The woman had one therapeutic abortion. The bleeding started in 30 min after delivery. There are no signs of placenta separation. Blood loss is 300 ml. The bleeding doesn`t stop.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

1. Задача № 12

Case 12

A 33-year-old gravida VI, para II, the body weight is 70 kg. She was admitted to maternity house during active pushing phase. She had history of 4 therapeutic abortions and one term birth, complicated with the third stage bleeding and manual extraction of afterbirth. The woman gave a birth to healthy 4000g male infant. The delivery was followed by bleeding during the third stage, there were no signs of placenta separation. The blood loss is 500ml, the doctor attempted a manual extraction of afterbirth. The uterus is contracted. The bleeding stops. The general blood loss is 800 ml.

What mistakes were made?

How should this patient be managed?

Case 13

A 20-year-old gravida I, para I was admitted to maternity house on the case of full term labour. The woman was followed up in a well-woman clinic regularly. She had ultrasound investigation 2 weeks ago, it showed that she has twins. The woman is 8 hours in labour. The contractions are active and regular. The first fetal heartrate is normal and rhythmic, 132/min; the second fetal heartrate is 148/min. 2 hours later the woman has given birth to 2850g infant, the length is 48 cm. After the first fetus delivery, the external obstetric examination has shown the transverse presentation of the second fetus, the fetal head is on the right. The fetal heartrate is normal and rhythmic, 140/min.

What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

Case 14

A 32-year-old gravida III was admitted to maternity house during the first labour period. She had history of 7 therapeutic abortions. When admitted she presented complaints of bright red vaginal spotting. The condition is satisfactory. Blood pressure 120/80, pulse 70/min, high volume. Polar presentation, the fetus is cephalic, the fetal head is at the entrance to small pelvis. The fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 130/min.

Speculum examination: there is bright red spotting coming from cervical canal. Vaginal examination shows that the external os is fully dilated, the membranes are intact, its surface is rough, soft tissue is on the right. The presentation is cephalic, over the first pelvic plane.

What is the diagnosis?

What is the plan of labour management?

Case 15

A gravida came to see a doctor in a well-woman clinic with complaints of bright red spotting at the end of gestation. On palpation the uterus is soft, non-tender. Breech presentation. Fetal heartbeat is muffled, pulse 140/min. Spotting is moderate.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 16

A gravida at 34 weeks of gestation was carried on a stretcher to a maternity house. She is very ill. The woman complaints of acute bursting pain in abdomen for 2 hours. The pain occurred immediately. The skin is pale, the face is swollen and sweated, lips are pale and bluish. The woman presented dyspnea, pulse is 110/min, low volume, blood pressure is 90/40. The abdomen is inflated, the uterus is tense on palpation, of dense consistency, uterine fundus is under the ensisternum. Fetal parts are not enough felt on palpation. On the left side near the ribs, there is uterine outpouching, which is tender on palpation. Fetal heartbeat is not heard. The woman is not in labour, there is some vaginal spotting.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 17

A gravida 4 was admitted to maternity house with complaints of sudden excessive vaginal bleeding at 36 weeks of gestation. She had history of 2 therapeutic abortions and a spontaneous miscarriage. The woman is in the state of moderate severity, blood pressure is 90/50. Skin is pale, heart rate is 110/min. Uterine tone is normal, uterus is non-tender. Shoulder presentation of the fetus. Fetal heartbeat is muffled, pulse is 160/min. Speculum examination shows that cervix is normal, external os is closed. Vaginal vaults are pastose.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 18

A 28-year-old gravida 3 was admitted to maternity house with contractions having begun 8 hours ago. The first pregnancy ended in delivery of dead 3270g fetus. During the second pregnancy she had clinically inadequate maternal pelvis. A healthy 3500g infant was delivered as a result of caesarean section. There is a surgical scar at the abdominal midline. Polar presentation, the second position, the fetus is cephalic. Fetal heartbeat is normal, pulse is 134/min, it is heard on the right under the navel. Abdominal circumference is 103 cm, fundal height is 37 cm. Rhombus of Michaelis is 9.5x11cm. Pelvis measurement is 26-27-31-17 cm. Solovyov index is 15 cm. Body weight is 65kg. Height is 150cm. Vaginal examination: cervical effacement, external os is 4cm dilated. The membranes are intact. Diagonal conjugate is 10cm.

What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

 Case 19

A 21-year-old gravida I was admitted to maternity house with full term pregnancy. Now she is in labour. The water broke 16 hours ago. Pelvis measurement is 25-28-30-17.5 cm, abdominal circumference is 96cm, fundal height is 36 cm. Polar presentation, the second position, the fetus is cephalic, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Vasten intermediate. Amniotic fluid is stained with meconium and has a smell. Fetal heartbeat is not heard. Vaginal examination: external os is fully dilated, the membranes are ruptured, presentation is cephalic, the fetal head is over the first pelvic plane. The frontal suture is at the transverse diameter. Root of the nose is on the left.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 20

A 34-year-old gravida III, para II was admitted to maternity house. The first pregnancy was three years ago. As a result of prolonged labour the woman delivered a dead 3400g fetus with cerebral hemorrhage. The second pregnancy ended in a therapeutic abortion, it was two years ago. According to the history, this pregnancy is post-term.

Pelvis measurement is 27-28-30-17.5 cm. Rhombus of Michaelis is flat.

Vaginal examination: external os is fully dilated, the fetal head is over the first pelvic plane. The sagittal suture is at the transverse diameter. Posterior fontanelle is on the left, anterior fontanelle is on the right near the axis pelvis plane. Diagonal conjugate is 10,5cm. Vasten sign is positive. The labour is progressing during an hour already, but the fetal head does not move forward.

What is the diagnosis? What is the plan of labour and pregnancy management?

Case 21

A 28-year-old gravida I was admitted to maternity house with full term pregnancy. Her periods started at the age of 16, the bleedings is mild and lasts during 2-3 days. Height is 150cm. Pelvis measurement is 23-26-28-18 cm. Presentation is cephalic, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Abdominal circumference is 104cm, fundal height is 40cm.

Give the pelvis assessment.

Which additional investigations or tests are necessary in order to determine the degree of pelvis narrowing? What is the plan of labour management?

Case 22

A 28-year-old gravida II, para I was admitted to maternity house. Pelvis measurement is 23-26-29-18 cm, abdominal circumference is 107cm, fundal height is 35 cm. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, 136/min, the water broke 5 hours ago. Vaginal examination: external os is fully dilated, the fetal head is over the first pelvic plane. Sagittal suture in the anteroposterior diameter of the plane of inlet. Fontanelle is turned towards the sacrum. Diagonal conjugate is 11cm.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 23

A 39-year-old para III was admitted to maternity house. The woman has a burdened obstetric anamnesis: 10 abortions and 2 deliveries. Pelvis measurement: 25-28-31-20cm. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heart beat is normal, rhythmic, 150/min. The woman is in labour for 20 hours already, water broke 6 hours ago. Contractions are strong and painful, every 2-3 minutes lasting 40 sec. Vasten sign is positive. Retraction ring is 1cm under the navel, the lower segment is tender on palpation. Vaginal examination: external os is fully dilated, face is in right oblique diameter, chin is turned posteriorly, forehead is turned forward. Sacral promontory not reached.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 24

A 30-year-old gravida, para II was admitted to maternity house. The history: start walking at the age of about 2, she was ill often in the childhood, had approximately all pediatric infections. The first labour was complicated, the infant had an intracranial birth injury, body weight was 3200g. Height is 152cm. The woman had some leg deformity. Rhombus of Michaelis is flat.

Pelvis measurement: 26-27-30-17.5cm. Diagonal conjugate is 10cm. Solovyov index is 15 cm. The supposed fetal weight is 3500g.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

1. Case 25

A 32 year-old-old gravida V para II was admitted to maternity house. Pelvis measurement: 23-25-28-17cm. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is not heard. She is in labour for 19 hours. Vaginal examination: external os is fully dilated, the membranes are ruptured, the fetal head is over the first pelvic plane, the sagittal suture is at the right oblique diameter, posterior fontanelle is to the left front below the anterior fontanelle. Sacral promontory reached, diagonal conjugate is 11cm. The duration of the second period is 1 hour. Contractions are strong, every 1-2 min lasting 60 sec. The woman is crying, she is very anxious. Retraction ring is 4cm under the navel, running obliquely across the belly. Lower segment is tender on palpation.

What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 26

A 32-year-old gravida V para II was admitted to maternity house. Pelvis measurement: 23-25-28-18cm. Diagonal conjugate is 11cm. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, 140/min. The woman is in labour for 12 hours. The duration of the second period is 1 hour. Contractions are strong, every 1-2 min lasting 60 sec. The woman is crying, she is very anxious. Retraction ring is 4cm below the navel, running obliquely across the belly. Lower segment is tender on palpation. After the next contraction she stopped crying, skin became pale. Pulse is 140/min, low volume. Blood pressure is 70/60. Uterine contours became irregular and bosselated. Fetal heartbeat stopped. Vaginal bleeding was noticed.What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 27

A 37-year-old gravida was admitted to maternity house during the first period of labour with contractions and premature discharge of waters. Contractions are weal, every 5-6 min, lasting 25-30 sec. The woman is in labour for 11 hours. The water broke 4 hours ago. Pelvis measurement 22-25-28-17cm. Polar presentation of the fetus, breech presentation, at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, it is heard on the left above the navel, pulse is 144/min. The supposed fetal weight according to Yakubova is 4000g.Vaginal examination: vagina is narrow, cervical effacement, external os is 5 cm dilated, The membranes are ruptured, breech are over the first pelvic plane. The spiral line is in the left oblique diameter, tailbone is to the left front. Sacral promontory reached. Diagonal conjugate is 10.5cm.What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

Case 28

A 30-year-old gravida III para II was admitted to maternity house. Pelvis measurement: 26-29-31-20cm. Polar presentation, the fetal head is palpated in uterine fundus, the pelvic pole is palpated over the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 132/min. The supposed fetal weight is 3400 g. Contractions are every 3-4 min lasting 30-35 sec. The duration of labour is 6 hours. Vaginal examination: cervical effacement, edges of cervix are thin and stretchable. External os is 5 cm dilated. The membranes are intact. Breech presentation over the first pelvic plane. Spiral line is in the left oblique diameter. Sacral promontory not reached. Pelvis is capacious.

What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

Case 29

A 29-year-old gravida IV, para II. Pelvis measurement: 25-27-30-20cm. Polar presentation, the fetal head is palpated in uterine fundus, the pelvic pole is palpated over the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 146/min, it is heard on the right above the navel. The woman is in labour for 14 hours.

Vaginal examination: cervical effacement, edges of cervix are thin and stretchable. External os is 6 cm dilated. The membranes were being ruptured during examination, you can see fetal legs coming out together with “a clew” of loops of umbilical cord, which are not enough pulsatile.What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

Case 30

A 30-year-old gravida I was admitted at maternity house during the first period of labour with premature discharge of waters. The woman is in labour for 10 hours. The water broke 8 hours ago. Pelvis measurement: 23-26-29-17cm. Diagonal conjugate is 10,5 cm. Solovyov index is 14,5 cm. Polar presentation of the fetus, breech presentation, at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 132/min. External os is 4 cm dilated.What is the diagnosis? How should you manage the labour process?

Case 31

 A 32-year-old gravida was admitted to maternity house with full term pregnancy and regular contractions. She noticed the amniotic fluid leaking for 2 hours. Pelvis measurement: 25-28-31-21cm. The fetus is moving. The fetal head is on the right. The supposed fetal weight is 3200g. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse is 132/min, it is heard on the right on the navel level. Vaginal examination shows cervical effacement, external os is 5 cm dilated. The membranes are ruptured. The presenting part is not palpated. Pulsatile loops of cords are palpated in the vagina. What is the diagnosis? What is the mistake of pregnancy follow-up in a well-woman clinic?What is the plan of labour management?

Case 32

A 20-year-old gravida I was admitted to maternity house during the second period of labour. The water broke 16 hours ago. Pelvis measurement: 24-27-29-19cm. The woman has an arcuate uterus, the uterus hugs the fetus. Shoulder presentation, dorsoanterior position of the fetus. Fetal heartbeat is not heart. Green-colored amniotic fluid is leaking. Vaginal examination: external os is fully dilated, the membranes are ruptured. The fetal arm is palpated in the vagina. Sacral promontory not reached.

What is the diagnosis?

What is the plan of labour management?

Case 33

A 44-year-old gravida I was admitted to maternity house with full term pregnancy. She is in labour for 12 hours. She was not sleeping during the night and feels tired. Contractions are weak, every 5-6 min lasting 20-25 sec. Polar presentation of the fetus, cephalic presentation, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse is 140/min. Pelvis measurement: 25-28-30-20cm.

Vaginal examination: cervical effacement, edges of cervix are fat and not enough stretchable. External os is 3 cm dilated. The membranes are intact. The fetal head is over the first pelvic plane. Sacral promontory not reached. The artificial rupture of membranes was made, amniotic fluid volume was moderate, it was light-colored. The contractions are still weak.What is the diagnosis? What is the plan of labour management?

Case 34

 A 32-year-old gravida 9, para 2 was admitted to maternity house with spontaneous labour, which started 8 hours ago. One pregnancy ended in 4200g infant delivery, the next seven pregnancies ended in abortions at the woman`s wish, without complications. In two hours the woman delivered 4200g infant, body length is 52cm. The bleeding was prevented using methylergometrine. The placenta was delivered in 5 minutes, the placenta is intact. Blood loss is 200ml. In 10 min the bleeding is heavy, the uterus is boggy.What is the diagnosis? What are the emergency measures of bleeding control?

Case 35

A 20-year-old gravida I was admitted to maternity house at the end of the first period of labour. Polar presentation, the fetus is cephalic, the fetal head is at the entrance to small pelvis. The fetal heartbeat is normal, rhythmic, pulse 136/min.

Vaginal examination: external os is fully dilated, the membranes are intact. The membranes were ruptured during the examination, amniotic fluid is light-colored. Umbilical cord prolapse, the fetal head is at the entrance to small pelvis. Sacral promontory not reached.What is the diagnosis? How should this patient be managed?

Case 36

A 24-year-old gravida I has inactive phase of rheumatism and mitral valve regurgitation. The woman is in follow-up by rheumatologist. She is at 8 weeks of gestation.

Which investigations or tests are needed to solve the question of possibility of pregnancy maintenance?

**СПИСОК**

**экзаменационных задач по акушерству и гинекологии**

**для 5 курса лечебного факультета**

**Task 1**

Multigravida K., 20 years old was delivered to Gynecology department on an urgent basis. The first pregnancy was a year ago, ended with a medical abortion followed by subfibrillation for three days. A week ago, she was examined in a well-woman clinic, the diagnosis was pregnancy, 6-7 weeks. Two days ago the patient had pain in the left ileal region, scanty brown spotting from the vagina. Three hours ago the pain increased greatly, there was a general weakness, one time vomiting. Body temperature is normal. Symptoms of irritation of the peritoneum are not clear. The uterus is increased correspondingly to 6-7 weeks of pregnancy. In the region of the left appendages, the thickening is determined of 4 × 2 × 2 cm, painless.

1. The diagnosis?

2. What additional methods are needed to confirm the diagnosis?

3. Treatment

**Task 2**

G., 14, was taken to Gynecology department, critically ill, the consciousness is clear, the skin is very pale, visible mucous with a cyanotic shade. Pulse 120/min, blood pressure 90/40. The patient complains of5 spotting from the vagina, which last about 30 days. Menstruation started at the age of 12, every 3-6 months, irregular, prolonged. Sexual activity is absent.

Rectal examination: small uterus, appendages without changes. The patient presents heavy vaginal discharge with clots. Blood test: E - 2,1 × 10¹², Hb - 80 g / l.

1. The diagnosis?

2. Treatment?

**Task 3**

A patient, 23 years old, complains of sharp pain in the lower abdomen and lower back, purulent-bloody vaginal discharge. The onset of the disease is associated with an induced abortion, which was performed a week ago with a gestation period of 8 weeks. Body temperature was subfebrile, and the day before - 38.6 ° C.

Cervical examination: the cervix is ​​epithelialized, the discharge from the cervical canal is copious, purulent-bloody.

Pelvic examination: cervical canal admits the tip of the finger. Uterus is soft, increased correspondingly to 6 weeks of pregnancy, mobile on palpation. Appendages are not determined. Vaginal vault is deep, loose.

1. The diagnosis?

2. Treatment?

**Task 4**

H., 19 years old, applied for the first time with complaints of irregular scanty menstruation every 3-4 months, hair growth on the face, limbs, anterior abdominal wall, around the nipples. Menstruation started at the age of 16. She is sexual active for a year, had no pregnancies. Her husband is healthy. She had measles in her childhood.

O.Z.: the cervix is ​​epithelialized, discharge from the cervical canal is mild.

RV: uterus of usual size, dense, mobile, painless. Appendages on both sides are not determined.

1. The diagnosis?

2. What methods of research should a patient recommend?

3. Treatment.

**Task 5**

S., aged 45, complains of copious vaginal discharge for 15 days. During the past two years, she had irregular, prolonged, heavy menstruation with intervals of 3-6 months. A year ago diagnostic curettage was performed. Histological conclusion - glandular-cystic hyperplasia of the endometrium. It was not treated. Childbirth - 2 normal, abortions - 4. No gynecological diseases. The uterus and appendages are without changes. Vaginal discharge is bloody, mild. The cervix is ​​epithelialized.

1. The diagnosis?

2. Treatment.

**Task 6**

A patient, 21 years old. Complains of frequent painful urination, vaginal discharge with unpleasant odor, itching. The onset of the disease is associated with accidental sexual intercourse a week ago.

Cervical examination: the mucous membrane of the cervix and the walls of the vagina are sharply hyperemic, swollen, with small-dotted hemorrhages, liquid-foamy heavy vaginal discharge of green color, with an unpleasant odor.

Pelvic examination: uterus in anteflexion, not enlarged, mobile, painless. Appendages are not determined. Vaginal vault is deep.

1. The diagnosis?

2. Additional research methods?

3. Treatment.

**Task 7**

A patient, 32 years old, complains of cramping pain after 20-days delayed menstruation, bloody vaginal discharge, with a piece of tissue looked like a film. The pain was accompanied by a fainting and cold sweat. Uterine mucosa was scraped, after which the bleeding temporarily stopped. The next day the patient presented vaginal spotting. Dull pain in lower abdomen, more to the left. Patient pale, pulse 120/min, weak.

Pelvic examination: the outer cervix is ​​closed. Uterus is in the position of anterversion, slightly enlarged, softened, painless. Right side of the appendages without chages, on the left there is a painful tumor without clear contours.

1. The diagnosis? 2. Treatment.

**Task 8**

P., 32 years old, complains of general weakness, poor appetite, weight loss, heaviness in the lower abdomen. She considers herself to be sick for 2.5 years, when a gynaecologist found a tumor-shaped formation on the left, of elastic consistency measures: 8 × 9 × 6 cm. She was in follow-up by gynaecologist, but hasn`t seen a doctor for 2 years. Menstruation started when she was 13 years old; the menstrual cycle is 21 days, duration of periods: 3-4 days, moderate, painless. Childbirth -3, abortion - 3. Physical examination: the state is satisfactory. The temperature is 37.2 ° C, the pulse is 72/min, rhythmic. The abdomen is soft, painless on palpation in the left ileac region. No symptoms of peritoneal irritation. The liver and spleen are not enlarged. Pasternatsky's symptom is negative on both sides.

Cervical examination: the mucous membrane of the vagina is pink. The cervix is ​​cylindrical, epithelialized, vaginal discharge is mild, of light colour.

Pelvic examination: the uterus is small, mobile, painless. The appendages on the right are not determined; on the left, a dense tumor-like formation is determined, tuberous, limited in mobility, slightly painful during examination. Vaginal vault is free.

1. The diagnosis?

 2. What mistake did the doctor make in the well-woman clinic?

3. Treatment.

**Task 9**

L., 40, complains of irritability, tearfulness, depression, suspiciousness, unjustified fear, headache, heartache, breast engorgement, weight gain, swelling of the extremities. This symptoms occurs regularly during 2-14 days before the onset of menstruation. Menstruation is regular, duration - 3-4 days. Childbirth - 2, abortions - 0. Breast glands without features. The cervix is ​​clean, vaginal discharge is normal.

1. The diagnosis? 2. Treatment.

**Task 10**

A patient, 31 years old, admitted to Gynecology department with complaints of general weakness, lower abdominal pain, body temperature 38.5 ° C, vaginal discharge with an unpleasant odor. She has been suffering from uterine appendages inflammation for 7 years and has got residential treatment for several times. A month ago, criminal abortion was carried out, after which the patient sometimes suffered pain in lower abdomen, subfebrile condition. Took only antipyretics.

 From anamnesis: childbirth - 2, abortion - 2.

Physical examination: the patient's condition is of moderate severity. The temperature is 38.6 ° C, the pulse is 100/min, rhythmic, blood pressure 100/60. The tongue is dry, covered with white coat. The abdomen is soft, slightly painful in the left ileac region and above the uterine. There are no symptoms of peritoneal irritation.

Pelvic examination: cervix of normal size and consistency. Uterus is slightly enlarged, of limited mobility, sensitive on palpation, tilted to the right. On the left and poster to the uterus a formation of irregular shape, elastic consistency is determined, limited in movement, painful. On the right, the ​​appendages are without changes.

1. The diagnosis? 2. Physician's tactics?

**Task 11**

I., aged 21, complains of irregular menstruation with delays of 1 to 6 months, hair growth on the face, around the nipples, on the anterior abdominal wall and lower extremities. Unprotected sexual activity for 2 years, the patient had no pregnancies. The husband is healthy. The patient took hormone therapy, but it was ineffective. Physical study shows that hair growth is male-like. Nutrition is usual.

Cervical examination: cervix of the uterus is epithelialized, serous, scanty.

Pelvic examination: normal uterus, ovaries on both sides are enlarged (3 × 4 cm), painless on examination.

1. The diagnosis?

2. What additional studies are needed to confirm the diagnosis?

3. Methods of treatment.

**Task 12**

S., 46 years old, admitted to Gynecology department with complaints of back pain, pain in lower abdomen, prolonged and profuse menstruation. The patient presented a large tumor in the abdomen, which was determined earlier by a gynecologist. Menstruation started at the age of 12, duration: 3-4 days, mild, painless. Sexual activity since the age of 18. Childbirth - 2 (normal vaginal delivery), abortion - 2.

Cervical examination: the cervix is epithelialized; vaginal discharge is mild, serous.

Pelvic examination: parous vagina. The cervix of the uterus is tightened due to the tumor emanating from the uterus. The uterus is increased correspondingly to 16-17 weeks of gestation, tuberous, dense, mobile on examination. Appendages on both sides are not palpable. Vault is deep.1. The diagnosis? 2. Treatment.

**Task 13**

A patient, 28 years old, complains of infertility. Menstruation started at the age of 14, duration: 4-5 days. Five years ago, the pregnancy ended in embryotomy on a dead fetus. The postpartum period was complicated by subinvolution of the uterus; the temperature was 38.5-39.0 ° C for two times. She did not have any more pregnancies, did not get any therapy.Cervical examination: Cervix of cylindrical form, lined with typical epithelium, mucoid discharge.Pelvic examination: body of the uterus of normal size, mobile, painless. On the both sides of the appendages, a tumor formation was determined on palpation.

Functional diagnostics tests shows that the patient has a two-phase menstrual cycle.

1. The diagnosis? 2. What additional research should be done?

**Task 14**

A woman was admitted to the hospital, 28 years of age, with sudden pains in the lower abdomen, accompanied by nausea, vomiting and fever 38.7 °C. There was a short-term loss of consciousness, decrease in blood pressure 80/60. Pulse 100/min, rhythmic, soft. Dryness in the mouth. The abdomen is slightly inflated, the abdominal wall tension was determined on the left in the lower abdomen, Blumberg's sign - positive. Evagination of some neoformation in the lower abdomen on the left. She had defection and urination

 Pelvic examination: the uterus is not enlarged, tilted to the right. The appendages on the right without changes. On the left side, the formation of a tight elastic consistency is determined, up to 12 cm in diameter, sharply painful on palpation. Vaginal discharge is bright.

 Blood test: Hb - 125 g / l, L - 11.3 g / l, ESR - 35 mm / h. Urinary test without changes.

 1. The diagnosis?

 2. Tactics.

**Task 15**

A patient, 24 years old, came to a well-woman clinic with complaints of pain and contact spotting during the period of 3 months. Menstruation started at the age of 13, moderate, painless, menstrual cycle is 28 days, periods - 4 days. Sexual activity since the age of 23, had no pregnancies.

Cervical examination: Clinical cervix, the surface of the mucosa around the exocervix is bright red, granular, 2 × 2 cm in size, easily bleeding.

Pelvic examination: uterus of normal size, dense, mobile, painless, appendages are not palpable, vaginal vault is free. Vaginal discharge is sanious-mucoid.

1. The diagnosis?

2. What additional tests are needed to clarify the diagnosis?

3. Treatment.

**Task 16**

During the examination of a 54-year-old patient, a 9 × 8 × 6 cm formation was determined in the left appendages area. The formation was of uneven consistency, mobile, painless with a smooth surface.From the anamnesis: menstrual and genital functions without changes, 4 years of menopause. Has no gynecological disorders.Ultrasound: uterus without changes, right ovary is not determined, left ovary is a fluid two-chambered formation with echo-negative inclusions.1. Presumptive diagnosis?2. Treatment.

**Task 17**

A patient, 47 years of age, admitted to Gynecology department. Complains of profuse vaginal bleeding for 3 days after a two-month delay in menstruation. Menstruation started at the age of 14, duration: 4 days, menstrual cycle: 28 days. Last year the interval was 2-2.5 months. Childbirth - 2, abortion - 3. Three months ago, in connection with bleeding after a two-month delay in menstruation, a medical-diagnostic curettage of the uterine cavity was performed, followed by histological examination.

Result of the histological analysis: glandular-cystic hyperplasia of the endometrium. The patient was not treated.1. The diagnosis?2. Treatment.

**Task 18**

The patient, 23 years old, had a legal abortion at 10 weeks of gestation, the abortion was followed by uterine perforation.From the anamnesis: 1 pregnancy, ended with labour 5 months ago, without complications.Physical examination: general condition is satisfactory. P – 80/min, rhythmic, blood pressure 110/70 mm Hg. The abdomen is soft, painless.Your tactics?

**Task 19**

The 29-year-old patient complained of irritability, headache, breast engorgement, memory loss 8 days before the next menstruation. All symptoms disappear with the beginning of periods. In childhood she had parotitis, measles, scarlet fever, Botkin's disease. At the age of 26, she had cerebral concussion.Menstruation started at the age of 14, period is 3-4 days, menstrual cycle is 28 days. Periods are regular, painless. Sexual activity from 20 years. She had one abortion at 8 weeks of gestation followed by repeated curettage of uterine cavity, two other pregnancies ended in spontaneous abortions at 8-10 weeks of gestation, also followed by repeated curettage of uterine cavity. The patient suffers from chronic inflammation of the uterus with periodical exacerbations. Started to the above-mentioned complaints after cerebral concussion. Physical examination: internal organs disorders were not revealed.

Speculum examination: cervix of the clinical form, lined with a typical epithelium. Vaginal discharge is serous, moderate.

Vaginal examination: cervix of dense consistence, external os is closed. Uterus is of normal size, mobile, dense, painless, in the right position. Appendages are not palpable from the both sides.

1. The diagnosis?

2. Carry out a differential diagnosis.

3. What is the pathogenesis of the disease?

4. Treatment.

**Task 20**

The patient, 32 years old, came to a well-woman clinic with complaints of spotting within 1 month after a legal abortion; Menstruation started from the age of 14 years, period - 4-5 days, menstrual cycle - 21 days. Childbirth - 2, abortion - 3.

Physical examination: general condition is satisfactory, P – 72/min, blood pressure 110/70 mm Hg. The abdomen is soft, painless.

Pelvic examination: vagina is capacious, cervix is cylindrical, external os is closed. Uterus is slightly enlarged, mobile, painless. Appendages are not palpable. Vaginal discharge is mild, bloody.

1. The diagnosis?

2. Treatment.

**Task 21**

The patient, aged 40, was admitted to Gynecology department, with complaints of cramp-like pains in the lower abdomen and vaginal bleeding, which started in the period of menstruation. During last 4 years, menstruation is heavy, cramp-like pains started 2 years ago, anaemia. From anamnesis: 2 abortions, childbirth - 0.

Physical examination: P - 100/min, BP 120/80 mm Hg. The abdomen is soft and painless.

Speculum examination: pedunculated myomatous nodule 3 cm in diameter is determined in exocervix. Uterus is slightly enlarged, painless. Appendages are not determined. Vaginal spotting is heavy.

1. The diagnosis?

2. Treatment.

**Task 22**

A patient, aged 50, was admitted to Gynecology department with complaints of profuse vaginal bleeding. She is under regular medical check-up because of uterine myoma for 8 years. During last 2 years, the patient did not see a doctor, although she began to note frequent urination, abdominal pain, constipation. From the anamnesis: 1 childbirth, 1 abortion.

Physical examination: the state is satisfactory, P – 96/min, BP 130/80 mm Hg, abdomen is soft, painless. The uterus with multiple myomatous nodules is determined through the anterior abdominal wall. The uterus is dense, painless, corresponding to 30 weeks of pregnancy.

Pelvic examination: parous vagina, cervix is malformed because of myomatous nodules. The uterus with multiple nodules corresponds to 30 weeks of pregnancy, painless. Vaginal discharge is bloody, abundant. 1. The diagnosis? 2. Tactics?

**Task 23**

The 36-year-old patient was taken to hospital with complaints of sharp pains in the lower abdomen, fever, body temperature rise to 38-39ºС, general weakness. She is ill for 2 days, it is connected with hypothermia. Menstruation started at the age of 12, 3-4 days, cycle is 28 days. From the anamnesis: 2 childbirth, 3 abortions, complicated by adnexitis. Over the last 6 years, she was repeatedly getting therapy in the hospital because of the aggravation of inflammatory process in the appendages.

Physical examination: Р - 88/min, BP 110/70 mm Hg, T 38 ° C. Lower abdomen is soft, painless with a pronounced tension in the anterior abdominal wall, more to the right.

Pelvic examination: uterus of normal size, sensitive on palpation. Right appendages are enlarged, soft, painful. To the left and behind the uterus a 4 × 9 cm formation is determined, sharply painful, of dense consistency.

1. The diagnosis?

2. Treatment.

**Task 24**

The mother of a 5-year-old girl went to a paediatric gynaecologist with the complaints of increase of mammary glands, pubic hair, appearance of bloody vaginal discharge.

From anamnesis: a girl born as a result of the first uncomplicated pregnancy, delivery at term, without complications. The weight was 3400 g, the length was 50 cm. The girl has no pathologies or disorders.

Physical examination: the girl has secondary sexual characteristics.

Suggested diagnosis?

What additional research is needed to confirm the diagnosis?

**Task 25**

A woman of 30 years old admitted to Gynecology department with the complaints of aching pain in the lower abdomen and lumbar region. She is under regular medical check-up in a well-woman clinic because of pregnancy.

From anamnesis: regular menstruation, cycle is 20 days, periods length is 3-4 days; last menstruation was 3 months ago. Childbirth - 2, medical abortions - 3 without complications.Pelvic examination: parous vagina. Cervix is ​​cylindrical in shape, the external os is closed. The uterus is increased corresponding to 10 weeks of pregnancy, soft, but easily irritable on palpation. Appendages are without features. Vaginal discharge - leucorrhoea.1. The diagnosis?2. Treatment.

**Task 26**

A 24-year-old patient admitted to Gynecology department with complaints of cramp-like pains in the lower abdomen and low amount of bloody vaginal spotting. She is ill for 2 days. The patient connects the illness with prior lacunar tonsillitis.

From anamnesis: menstruation started at the age of 14 years, regular, lasts for 3 days, cycle is 30 days, last menstruation was two months ago. The patient considers herself pregnant. She is married. No gynecological disorders.

Pelvic examination: vagina of a woman not giving birth. Cervix is ​​cylindrical. External os admits the tip of the finger. Uterus is enlarged corresponding to 6-7 weeks of pregnancy, irritable on palpation. Discharge is mild, sanious. 1. The diagnosis?2. Treatment.

**Task 27**

A 29-year-old patient admitted to Gynecology department with complaints of severe pain in the lower abdomen, fever, weakness, body temperature rise up to 39 ° C. The onset of the disease was rapid.

From an anamnesis: the patient is not married. She had an accidental sexual intercourse two weeks ago.

 Physical examination: P - 120 /min, rhythmic. BP 120/80, body temperature is 39,3 ° C. The abdomen is involved in the act of breathing, in lower abdomen there is sharp pain on palpation, Blumberg's sign-positive.

 Blood test: Hb-120, L-16.8 × 100, ESR 38 mm / hour.

Speculum examination: cervix is cylindrical, puriform discharge from the cervical canal.

Pelvic examination: vagina of a woman not giving birth. The cervix is ​​cylindrical, external os is closed. Uterus and appendages are not determined on palpation due to tension and tenderness of anterior abdominal wall.

 Diagnosis?

 Plan of examination and treatment?

**Task 28**

A patient, aged 34 was admitted to the hospital with the complaints of cramp-like pain in the lower abdomen and heavy vaginal bleeding. The last menstruation was 2 months ago, the patient considered herself pregnant. She is not under medical check-up in well-woman clinic. During the last week, she suffered from pain in lower abdomen and spotting. She did not consult a doctor.

P.V.: parous vagina, cervix is short, cervical canal admits a finger. Uterus is enlarged corresponding to 6 weeks of pregnancy, soft, sensitive on palpation, heavy bleeding with clots.

1. Diagnosis?

2. Treatment

**Task 29**

A patient aged 45 came to a well-woman clinic with complaints of bloody vaginal discharge after copulation. The patient had 2 deliveries at term without complications and 3 artificial abortions without complications. Menstruation is regular, painless, length of menstruation is 3 days, menstrual cycle is 28 days.

Speculum examination: cervix is hypertrophic, a tumor of 2x2 cm size is determined on vulvar lips. It is bleeding and has undulating surface.

Vaginal examination: cervix is dense, mobile. Uterus is of normal size, dense, mobile, painless. Appendages are not determined. Vaginal vault is deep. Vaginal discharge is moderate and sanious.

1. Diagnosis?

2. What additional examination are necessary to confirm the diagnosis?

3. What is the method of treatment?

**Task 30**

A patient aged 50 was admitted to Gynecology department with the complaints of bloody vaginal discharge for 6 days. Expected treatment is ineffective. From anamnesis: diagnostic curettage due to heavy bleeding after3 months delay of menstruation. The results of histologic examination of uterine scraping: endometrium cystic glandular hyperplasia. Hormone therapy was not used.

Р.V.: uterus is slightly enlarged, it is dense, painless, mobile. Vaginal discharge is moderate, bloody.

1. Diagnosis?

**2. Treatment**

**Зачетный билет**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра акушерства и гинекологии

направление подготовки (специальность) Лечебное дело\_

дисциплина Акушерство и гинекология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**1. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

В гинекологическое отделение на носилках доставлена больная П., 27 лет, в тяжелом состоянии. Из анамнеза установлено, что она с целью прерывания беременности вводила в полость матки мыльный раствор при сроке беременности 15-16 недель. Дома произошел выкидыш. Было кровотечение, но к врачу не обращалась. На следующий день повысилась температура тела до 38-390 С. Были ознобы. Появилась одышка, общая слабость, головокружение. Принимала аспирин и таблетки тетрациклина, но состояние ухудшалось и она вызвала скорую медицинскую помощь.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 38,80 С. Кожный покров и слизистые бледные, выражен акроцианоз. Пульс 130 ударов в минуту. АД 90/60 и 80/50 мм рт.ст. Дыхание – 28 в минуту. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника вялая. Симптом Щёткина – Блюмберга положительный. Печень несколько увеличена. Со слов больной, стала мало и редко мочиться.

В анализах крови: Нв-90 г/л. Лейкоциты – 20х109 /л, п/я-17 %, с-67 %, э-5 %, л-3 %, м-8 %. СОЭ-65 мм/час.

При PV: Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки укорочена. Цервикальный канал пропускает один палец. Матка увеличена до 13-14 недель беременности, мягкая, болезненная при пальпации. Придатки матки несколько увеличены и болезненны. Параметрии не инфильтрированы. Выделения из матки гнойно-кровянистые, с неприятным гнилостным запахом.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Окажите экстренную помощь.
3. Составьте алгоритм дальнейшей тактики при сложившейся ситуации.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Укажите план дальнейшей терапии и реабилитации. Прогноз.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

Неполный криминальный (мыльный) аборт в сроке 15-16 недель беременности. Послеабортный острый эндометрит. Двусторонний сальпингоофорит. Пельвиоперитонит. Инфекционно-токсический шок (ИТШ). Синдром полиорганной недостаточности.

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 баллов Диагноз поставлен неверно

Окажите экстренную помощь.

Экстренная помощь.

1. Противошоковая терапия.

2. Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение, где производится оперативное лечение в объёме: LT. Экстирпация тела матки с трубами. Дренирование брюшной полости.

Далее в палату интенсивной терапии или отделение реанимации, где производится дальнейшее оказание неотложной помощи. Выполняется катетеризация мочевого пузыря для контроля диуреза, катетеризация подключичной вены и мониторинг состояния дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

Совместно проводится комбинированная антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя: 1) Метрогил 100 мл в/в \* 2 раза в сутки, каждые 12 ч. 2) Клиндамицин, 600 мг в/в каждые 6 ч. 3) Цефокситин, 2 г в/в каждые 6 ч.

Для поддержания гемодинамики и жизненно важных функций организма применяют:

Инотропные средства:

- 200 мг допамина (5 мл 4% раствора допамина нужно растворить в 400 мл 5% растра глюкозы) вводят внутривенно со скоростью 3-5 мкг/кг/мин с последующим увеличением до 15 мкг/кг/ми;

- 40 мг норэпинефрина (норадреналина) (2 мл 0.2% раствора норэпинефрина растворяют в 400 мл 5% раствора глюкозы) вводят внутривенно со скоростью 2 мкг/кг/мин и потом увеличивают до 16 мкг/кг/ми.

• Глюкокортикостероиды:

- преднизолон применяют внутривенно до 10-15 мг/кг/сут. Разово вводят до 120 мг и если наблюдается положительный эффект, то через 4-6 часов процедуру повторяют.

• Кислородотерапия:

- выполняется ингаляция увлажненного кислорода со скоростью 5 л/мин.

Для коррекции гемореологических нарушений применяют:

Коллоидные и кристаллоидные растворы:

- 400 мл реополиглюкина;

- 100 мл 10% раствора альбумина;

- 400 мл 5% раствора глюкозы

- 400-800 мл физиологического раствора

Общий объем жидкости не должен превышать 80-100 мл/кг/сут.

• Антитромбины:

- нефракционные гепарины вводят: первая доза 5000 ЕД внутривенно, затем 3-4 раза в сутки вводится подкожно, из расчета 80 ЕД/кг/сут.

• Антиферментная терапия:

- 1000 ЕД/кг/сут контрикала или 5000 ЕД/кг/сут гордокса вводят капельно-внутривенно 3-4 раза в сутки, растворив в 500 мл физиологического раствора.

2 балла Экстренная помощь оказана верно и последовательно

1 балл Экстренная помощь оказана не полностью

0 баллов Экстренная помощь не оказана

Составьте алгоритм дальнейшей тактики при сложившейся ситуации.

1.Интенсивная и своевременная противошоковая терапия с применением антибактериальных, инфузионно- трансфузионных и симптоматических средств, направленная на улучшение состояния пациентки и профилактики дальнейшего нарастания синдрома полиорганной недостаточности (ПОН);

2.Удаление очага инфекции - срочное хирургическое вмешательство — удаление матки с трубами после должной предоперационной подготовки;

3.Гемостаз, коррекция возможных нарушений функционального состояния органов и систем организма;

4.Дальнейшая интенсивная консервативная терапия, направленная на борьбу с ДВС – синдромом.

2 балла Алгоритм дальнейшей тактики при сложившейся ситуации назван полностью верно

1 балл Алгоритм дальнейшей тактики при сложившейся ситуации назван не полностью

0 баллов Алгоритм дальнейшей тактики при сложившейся ситуации не назван

Проведите дифференциальный диагноз.

Дифференциальная диагностика проводится с различной степенью выраженности синдрома ПОН и ДВС – синдрома.

2балла Дифференциальный диагноз проведен верно

1 балл Дифференциальный диагноз проведен не полностью

0 баллов Дифференциальный диагноз проведен неверно

Укажите план дальнейшей терапии и реабилитации. Прогноз.

1. Интенсивная терапия и коррекция полиорганных нарушений.

2. Реабилитационная терапия по восстановлению трудоспособности.

3. Прогноз для жизни неблагоприятный.

2 балла План дальнейшей терапии, реабилитации и прогноз представлены верно

1 балл План дальнейшей терапии, реабилитации и прогноз представлены не полностью

0 баллов План дальнейшей терапии, реабилитации и прогноз представлены неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №2**

**2. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

У беременной на 34-35 неделе беременности, находящейся на стационаром лечении в инфекционном отделении по поводу ОРЗ, внезапно начался приступ удушья. Из анамнеза выяснено, что в течение 5 лет она страдает бронхиальной астмой. Дважды лечилась в отделении реанимации по поводу приступов бронхиальной астмы. Больна ОРЗ неделю.

Объективно: вынужденное сидячее положение. Одышка выраженная. Частота дыхания до 24-х в 1 минуту. Пульс 92 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/90 мм рт.ст. Аускультативно – в легких сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Матка с четкими контурами, мягкая, безболезненная. Сердцебиение плода-144 в 1 минуту, слегка приглушено, ритмичное.

Вопросы:

1. Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Эталон ответа**

Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.

Ведущие синдромы – бронхообструктивный синдром и синдром дыхательной недостаточности

2 балла Синдромы определены верно

1 балл Синдромы определены не точно, либо не полностью

0 баллов Синдромы определены неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

1. Применение селективных β2-агонистов (сальбутамол) через небулайзер;

2. Глюкокортикоиды – преднизалон 60-90 мг в/в;

3. Кислородотерапия.

2 балла Алгоритм назван правильно

1 балл Алгоритм назван не полностью

0 баллов Алгоритм не назван

Поставьте предварительный диагноз

Беременность 34-35 недель. ОРЗ, реконвалесценция. Бронхиальная астма, инфекционной природы, средней степени тяжести. Приступ бронхиальной астмы. Дыхательная недостаточность I ст.

2 балла Диагноз назван верно.

1 балл Диагноз назван не полностью.

0 баллов Диагноз не назван.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза

Дополнительные методы обследования:

1) исследование функции внешнего дыхания – спирометрия, пикфлоуметрия;

2) пульсоксиметрия.

2 балла Методы исследования названы верно

1 балл Методы исследования названы не полностью

0 баллов Методы исследования не названы

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1) Снятие приступа бронхиальной астмы;

2) Назначение базисной терапии бронхиальной астмы;

3) Лечение очагов инфекции;

4) Профилактика осложнений гестации

2 балла План составлен правильно

1 балл План составлен не полностью

0 баллов План не составлен.

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №3**

**3. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Беременная Н., 25 лет, поступила в отделение патологии беременных по поводу 1-ой беременности в сроке 38-39 недель. При поступлении: жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель с небольшим слизистым отделяемым, перебои в сердечной деятельности.

Была срочно консультирована терапевтом. При обследовании: перкуторно – расширение границ относительной тупости сердца вверх и влево. Аускультативно – хлопающий 1 тон сердца и тон открытия митрального клапана, выслушиваемый над верхушкой сердца сразу после II тона, акцент второго тона над легочной артерией, диастолический шум над верхушкой сердца. Назначена соответствующая терапия и подготовка организма к родам.

В срок родов началась самостоятельная родовая деятельность. В конце II периода усилилась одышка, появился цианоз, чувство удушья. Аускультативно в легких определяется большое количество влажных хрипов.

Вопросы:

1. Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Эталон ответа**

Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.

Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких

2 балла Синдромы определены верно

1 балл Синдромы определен не точно, либо не полностью

0 баллов Синдромы определены неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

1) Промедол 2%- 1 мл. в/в;

2) Увлажненный кислород;

3) Пеногасители;

4) ИВЛ;

5) снижение преднагрузки – в/в введение нитроглицерина.

2 балла Алгоритм назван правильно

1 балл Алгоритм назван не полностью

0 баллов Алгоритм не назван

Поставьте предварительный диагноз

I срочные роды, II период. Порок сердца: стеноз митрального клапана. Легочная гипертензия. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких.

2 балла Диагноз назван верно.

1 балла Диагноз назван не полностью

0 баллов Диагноз не назван

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.

1) ЭХО КГ;

2) ЭКГ;

3) Рентгенография органов грудной клетки;

4) Спирометрия;

5) Пульсоксиметрия.

2 балла Методы исследования названы верно

1 балл Методы исследования названы не полностью

0 баллов Методы исследования не названы

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1) купирование отека легких;

2) ИВЛ; общее обезболивание.

3) Экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов

2 балла План составлен правильно

1 балл План составлен не полностью

0 баллов План не составлен

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №4**

**4. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Роженица С., 33 лет, 60 кг поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Роды II, срочные. В анамнезе 3 искусственных аборта, последний осложнился воспалением придатков матки. Через 4 часа после поступления родилась живая девочка массой 4250 г., рост 53 см. Через 10 минут после рождения ребенка самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре – макроскопически цел. Родовые пути без повреждений. Матка мягкая, плохо контурируется, дно ее на 3 поперечных пальца выше пупка. Кровопотеря составила 350 мл, кровотечение продолжается.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите причины, вызвавшие кровотечение в раннем послеродовом периоде.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие о предельно допустимой кровопотере.
4. Окажите неотложную помощь.
5. Укажите качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

Клинический диагноз: Ранний послеродовый период. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 баллов Диагноз поставлен неверно

Назовите причины, вызвавшие кровотечение в раннем послеродовом периоде

• -отягощенный акушерско- гинекологический анамнез- 3 искусственных аборта, последний из которых осложнился воспалением придатков матки

• -роды крупным плодом- 4250 г.

2 балла Причины указаны верно

1 балл Причины указаны не полностью

0 баллов Причины указаны неверно

Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие о предельно допустимой кровопотере.

Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

Матка мягкая, плохо контурируется, дно ее на 3 поперечных пальца выше пупка. Кровопотеря составила 350 мл, кровотечение продолжается. Объём допустимой кровопотери в родах (ОДК) – 0,5 % от массы тела.

Патологическая кровопотеря- это кровопотеря до 500 мл после родов через естественные родовые пути; до 1000 мл при операции кесарево сечение.

2 балла Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предельно допустимой кровопотере названы полностью верно

1 балл Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предельно допустимой кровопотере названы не полностью

0 баллов Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предельно допустимой кровопотере не названы

Окажите неотложную помощь

Неотложная помощь.

• Первый этап (нехирургический).

• А. Начальные мероприятия:

• Оценить величину кровопотери и состояние пациентки (уровень сознания, жалобы, общее состояние, цвет кожных покровов, пульс).

• Вызвать помощь: второго акушера/хирурга, анестезиолога, медицинскую сестру, санитарку, дополнительного члена дежурной бригады, сотрудника отделения переливания крови и заказать компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при кровопотере более 1000мл и 4 дозы при кровопотере более 1500мл; свежезамороженную плазму (СЗП) – при коагулопатии или кровопотере более 1000мл в объеме 15-20мл/кг массы тела пациентки).

• Приступить к постоянному контролю жизненно важных функций, при возможности с помощью монитора (АД, пульс, дыхание, мочевыделение (постоянный катетер), сатурация кислорода).

• Обеспечить положение пациентки лежа на спине, свободное дыхание (при необходимости обеспечить воздуховодом) и начать дополнительную инсуфляцию кислорода с помощью кислородной маски (15л/мин), предупреждать переохлаждение пациентки (одеяло, обкладывание грелками, инфузии теплых растворов).

• Произвести забор крови для исследования (при кровопотере до 1500 мл: для пробы Ли-Уайта, определения группы крови, резус-фактора и совместимости; клинического анализа крови, коагулограммы (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ/Ф, ТЭГ в дневное время и фибриноген, ТЭГ в ночное время), уровня мочевины и электролитов, включая Ca2+; при кровопотере более 1500мл также уровня печеночных ферментов, лактата и газов крови).

• - Установить дополнительно второй венозный катетер 14–16 G (первый должен быть установлен в соответствии с протоколом ведения неосложненных родов).

• - Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический раствор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем больше скорость введения (от 50–100 до 300– 400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.

• Б. Остановка кровотечения и лечение.

• - Определить причину кровотечения (четыре ”Т”) и приступить к остановке: - при гипотонии матки ввести утеротоники окситоцин 10 ед. внутривенно и далее при сохраняющейся гипотонии матки продолжить введение в максимальной суточной дозе 60 ЕД., возможно использование Карбетоцина (пабал) 100мкг/мл,

• ручное обследование стенок полости матки и наружно-внутренний массаж

• - при задержке плаценты или ее частей – ручное обследование стенок полости матки и удаление частей задержавшихся последа;

• - при травматическом повреждении– осмотр родовых путей и зашивание разрывов;

 - при нарушении свертывания крови (по данным теста Ли-Уайта, тромбоэластограммы, коагулограммы) – коррекция с использованием по показаниям СЗП, транексамовой кислоты, протромплекса 600, рекомбинантного активированного фактора VII, криопреципитата, тромбоконцентрата.

2 балла Неотложная помощь оказана верно

1 балл Неотложная помощь оказана не полностью

0 баллов Неотложная помощь оказана неверно

Укажите качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери

-Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический раствор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем больше скорость введения (от 50–100 до 300– 400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.

- Компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при кровопотере более 1000мл и 4 дозы при кровопотере более 1500мл; СЗП – при коагулопатии или кровопотере более 1000мл в объеме 15-20мл/кг массы тела пациентки).

- При нарушении свертывания крови:

в дополнение к внутривенному введению транексамовой кислоты (2–4 ампулы=500–1000 мг, в зависимости от массы тела пациентки из рас- чета 15 мг/кг) - начать инфузию свежезамороженной плазмы (15–30 мл/кг). По мере поступления лабораторных данных и динамики клинической картины (остановка или, напротив, продолжение кровотечения), а также других симптомов (по данным тромбоэластограммы, коагулограммы) – коррекция гипокоагуляционной коагулопатии с использованием:

- криопреципитата 1 доза на 10 кг веса при снижении фибриногена менее 1 г/л

- протромплекса 600 из расчета 50 МЕ/кг веса

– при продолжающемся кровотечении на фоне дефицита факторов протромбинового комплекса - тромбоконцентрата из расчета 1–2 дозы тромбоконцентрата на 10 кг массы тела или 1 доза тромбомассы на 10 кг веса

 – если уровень тромбоцитов менее 50х109 /л. 40 - активированного VII фактора свертывания крови 90 мкг/кг – при массивном, жизнеугрожающем кровотечении, неподдающемся вышеперечисленным мерам купирования. Оптимальные условия эффективности: тромбоциты>50х109 /л, фибриноген>0,5 г/л, рН>7,2.

2 балла Качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери представлены верно

1 балл Качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери представлены не полностью

0 баллов Качественный и количественный состав инфузионно- трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №5**

**5. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Больная С. 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение и обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 10 дней тому назад после 2-х месячной задержки менструации и усилившиеся в последние 3 дня. Менструации с 14 лет нерегулярные по 3-4 дня, умеренные, болезненные. Половую жизнь отрицает

Из анамнеза: перенесла в раннем детстве корь, инфекционный паротит, коревую краснуху. Наследственность не отягощена.

Объективно: правильного телосложения, нормального питания, молочные железы развиты слабо. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пульс 90 уд.в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 95/50 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: Нв – 65 г/л, эритроцитов 2,7х1012 /л.

При осмотре: оволосение на лобке по женскому типу. Отмечается гипоплазия больших и малых половых губ, девственная плева не нарушена. Ректальное исследование: тело матки чуть меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются.

Вопросы:

1. Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Обоснуйте его показателями дополнительных методов обследования.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Эталон ответа**

Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.

I. Ювенильное дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК).

 II. Геморрагический шок.

III. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести.

IV. Генитальный инфантилизм.

2 балла Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента определены верно

1 балл Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента определены не полностью: часть синдромов упущена или неверно определены

0 баллов Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента определен неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии

Геморрагический шок.

I. Алгоритм неотложной помощи при геморрагическом шоке (выполнять по правилу «трех катетеров»):

Срочная остановка кровотечения.

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия.

2. Восполнение кровопотери и дефицита объёма циркулирующей плазмы (ОЦК) - обеспечение доступа к сосудистому руслу. Инфузия проводится со скоростью 200 мл/минуту в 2-3 периферических или 1-2 центральных вены (скорость инфузии зависит от диаметра катетера, а не от диаметра сосуда) до АД 80-90 мм. рт.ст. с уменьшением скорости инфузии до 150-100-50 мм/минуту.

Объем инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) при кровопотере до 1% от массы тела – 20 мл на кг/массы тела, при кровопотере 1-1,5% от массы тела – 150-180% от объема кровопотери, при кровопотере 1,5-2% от массы тела – 180-220% от объема кровопотери, при кровопотере свыше 2% от массы тела – 200-250% от объема кровопотери.

Заслуживает внимания применение 7-7,5% раствора хлорида натрия в дозе 3-4 мл/кг массы тела. Необходимо установить катетер Фолея для контроля почасового и суточного мочеиспускания (позволяет оценить эффективность инфузий).

• При критическом ухудшении гемодинамики глюкортикоиды:

• А) преднизолон 8 мг/кг массы тела, или дексазон 1 мг/кг массы тела, или гидрокортизон 1,5-2 г/сутки;

Б) вазоактивные препараты: дофамин 200 мг в 250-500 мл 5% растворе глюкозы (800-400 мкг/мл) со скоростью инфузии начиная с 2-5 мкг/кг в минуту, постепенно увеличивая до желаемого гемодинамического эффекта, но не более 50 мкг/кг в минуту.

5. Коррекция метаболического ацидоза:

o 4% раствор натрия гидрокарбоната 2 мл/кг массы тела или до рН мочи 7,5.

6. Стимуляция диуреза:

\* 2,4% раствор эуфиллина 3 мг/кг массы тела

\* при низком ЦВД манит или сорбит 0,5-1 г/кг

\* после восполнения ОЦК лазикс (фуросемид) 1 мг/кг массы тела

Во время ИТТ диурез необходимо поддерживать на уровне 50-60 мл/час

7. Антиагрегантная терапия:

\*трентал 100 мг/250 мл изотонического раствора хлорида натрия.

8. Сердечные гликозиды (при восполненном ОЦК):

o коргликон 0,06% -1 мл или

o строфантин 0,05%-0,5 мл на 20 мл 40% раствора глюкозы

II. Алгоритм неотложной помощи при ювенильном ДМК:

1. Остановка кровотечения. При отсутствии эффекта от противошоковой и гемостатической терапии возможно назначение КОК в гемостатическом режиме (гормональный гемостаз), если это не эффективно, то показан хирургический гемостаз – раздельное лечебно-диагностическое выскабливание матки (РЛДВ) с профилактикой дефлорации под контролем гистероскопии).

2. Закрепление эффекта гемостатической терапии – использование низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в контрацептивном режиме.

III. Алгоритм неотложной помощи при постгеморрагической анемия тяжелой степени тяжести:

1. Срочная остановка кровотечения.

2. Восполнение кровопотери и дефицита объёма церкулирующей крови (ОЦК) (введение эритроцитарной массы, струйное внутривенное введение кристолойдных растворов – 0,9% раствора хлорида натрия, раствора Рингера, 5% глюкозы и коллоидных растворов: полиглюкин (декстран, макродекс) от 400 до 800 мл и более или желатиноль до 1000 мл. Оптимальное соотношение объемов вводимых кристаллоидных растворов к коллоидным - 2:1 или 3:1.

3. Симптоматическая гемостатическая терапия – аминокапроновая кислота внутривенно 5% - 100мл, антифибринолитическая терапия – транексамовая кислота 1,5 г в/в, затем 500 мг 3 раза в день per os.

4. Антиагрегантная терапия: трентал 100 мг/250 мл изотонического раствора хлорида натрия.

5. После купирования кровотечений и стабилизации гемодинамики проводят лечение железодефицитной анемии препаратами железа: при глубокой анемизации (гемоглобин менее 40 г/л) в первые 3-4 дня внутривенно вводят полифер (по 200-400 мл в сутки), ферковен по 2-5 мл или феррум лек по 2,5-10 мл (вводить медленно).

Можно комбинировать внутривенные или внутримышечные введения препаратов железа в первые 3-4 дня с последующим назначением их внутрь.

2 балла Алгоритм неотложной терапии составлен правильно

1 балл Алгоритм неотложной терапии составлен не полностью

0 баллов Алгоритм неотложной терапии не представлен

Поставьте предварительный диагноз

Ювенильное ДМК. Геморрагический шок I степени.

Железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести.

Генитальный инфантилизм.

2 балла Предварительный диагноз поставлен верно

1 балл Предварительный диагноз поставлен не полностью

0 баллов Предварительный диагноз поставлен неверно

Обоснуйте его показателями дополнительных методов обследования.

- Геморрагический шок I степени. Первая стадия – компенсированный. Уменьшение ОЦК составляет не более 25%. Т.к. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пульс 90 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 95/50 мм рт.ст.

 - Ановуляторное дисфункциональное маточное кровотечение в пубертатном периоде или ювенильное ДМК, т.к. Больная С. 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 10 дней тому назад после 2-х месячной задержки менструации и усилившиеся в последние 3 дня.

- постгеморрагической анемия тяжелой степени тяжести, т.к. поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение и обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 10 дней тому назад после 2-х месячной задержки менструации и усилившиеся в последние 3 дня. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Анализ крови: Нв – 65 г/л, эритроцитов 2,7х1012 /л.

- генитальный (половой) инфантилизм т.к. объективно: молочные железы развиты слабо, а при осмотре: отмечается гипоплазия больших и малых половых губ. Ректальное исследование: тело матки чуть меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются.

2 балла Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено верно

1 балл Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено не полностью

0 баллов Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено неверно

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1. регуляция и восстановление менструального цикла:

- с применением физиотерапии (интроназально ингаляции с витамином В1) и витоминотерапии в течении 3-х и более месяцев;

- с использованием контрацептивных монофазных эстроген-гестагенных препаратов (регулон) по схеме: в циклическом режиме с 1-го дня менструального цикла по 1 таблетке в день (21 таблетка) до 3-х месяцев или низкодозированных КОК в контрацептивном режиме;

2. наблюдение и взятие на «Д» учет в поликлинике детским гинекологом;

3. лечение и профилактика железодефицитной анемии;

4. лечение генитального (полового) инфантилизма.

2 балла План дальнейшей курации пациента приведен верно

1 балл План дальнейшей курации пациента приведен не полностью

0 баллов План дальнейшей курации пациента приведен неверно.

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №6**

**6. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Больная И., 46 лет, поступила в клинику с жалобами на кровотечение из половых путей, начавшееся после 2-х месяцев задержки менструации и продолжающееся в течение 5 дней.

Менструации с 14 лет, регулярные, умеренные по 4-5 дней, через 28 дней, в течение последних 2-х лет через 2-3 месяца, необильные по 7-8 дней, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, имела 2 родов в срок, без осложнений и 2 искусственных не осложненных аборта. В анамнезе корь, частые ангины.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, удовлетворительного питания. Пульс 80 уд/мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 130/90 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В зеркалах: слизистая влагалища бледноватая, шейка матки эпителизирована, наружный зев щелевидный, из зева кровянистые выделения, обильные.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки выстлана эпителием, наружный зев закрыт. Тело матки расположено правильно, не увеличено, безболезненное при пальпации.

Придатки матки не увеличены. Своды влагалища глубокие, параметрии не инфильтрированы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
3. Составьте алгоритм неотложной терапии.
4. Составьте план дальнейшей курации пациента.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа**

Поставьте предварительный диагноз

Метроррагия в перименопаузальном периоде

2 балла Предварительный диагноз поставлен верно

1 балл Предварительный диагноз поставлен не полностью

0 баллов Предварительный диагноз поставлен неверно

Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.

Маточное кровотечение в перименопаузальном периоде.

2 балла Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента определен верно

1 балл Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента определен не полностью: часть синдромов упущена или неверно определены

0 баллов Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента выделен неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

Остановка кровотечения при маточном кровотечении климактерического периода производится исключительно хирургически методом, путем лечебно-диагностического выскабливания под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскоба.

2 балла Алгоритм неотложной терапии составлен правильно

1 балл Алгоритм неотложной терапии составлен не полностью

0 баллов Алгоритм неотложной терапии не представлен

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1.Применение лабораторных методов обследования:

OАК + тромбоциты cito! Кровь на HbsAГ, ВГС и RW.

Б/х анализ крови: ОБ, БЛ, АлАТ, АсАТ, сыв.Fe, глюкоза

2.УЗИ органов малого таза.

3.Профилактика рецидива. После выскабливания применяют гестагены, дозы зависят от характера гиперпластического процесса и возраста пациентки. При обнаружении в соскобе железисто-кистозной гиперплазии назначают препарат, содержащий дидрогестерон (дюфастон) по 10 мг \* 2 раза в день внутрь с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 4-6 месяцев. Альтернативная схема: назначение контрацептивных монофазных эстроген-гестагенных препаратов (регулон) по схеме: в циклическом режиме с 1-го дня менструального цикла по 1 таблетке в день (21 таблетка) до 3-х месяцев с переходом на МГТ в циклическом режиме (климонорм).

Если пациентка нуждается в длительной контрацепции возможно введение внутриматочной терапевтической системы с левоноргестрелом «Мирена» на 5 лет.

2 балла План дальнейшей курации пациента приведен верно

1 балл План дальнейшей курации пациента приведен не полностью

0 баллов План дальнейшей курации пациента приведен неверно

Составьте план диспансерного наблюдения.

«Д» учет в женской консультации по месту жительства врачом гинекологом. Частота посещений: 1 раз через три месяца, затем – один раз в полгода. УЗИ органов малого таза 2 раза в год.

2 балла План диспансеризации пациента составлен верно

1 балл План диспансеризации пациента составлен не полностью

0 баллов План диспансеризации пациента составлен неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №7**

**7. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Беременная В., 32 лет, беременность X. В анамнезе 5 родов, 5 абортов. Доставлена в родильное отделение на носилках с жалобами на постоянные боли в животе и темные кровянистые выделения при сроке беременности 34 недели. Из анамнеза выяснено, что в течение последних двух недель отмечала отеки на голенях и брюшной стенке, временами головную боль. К врачу не обращалась. Сегодня ночью внезапно появились боли в животе справа, которые нарастали, что и побудило вызвать скорую медицинскую помощь. При поступлении: кожные покровы бледные, пульс 105 ударов в минуту, хорошего наполнения. АД 150/90 мм рт.ст. Матка напряжена, болезненная, особенно справа, где пальпируется умеренное выпячивание. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 160 ударов в минуту. Родовой деятельности нет. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, зев закрыт, выделения темно-кровянистые в умеренном количестве.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назовите ведущие синдромы.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии геморрагического синдрома.
3. Тактика при сложившейся ситуации.
4. Возможные осложнения для пациентки и пренатальный прогноз для плода.
5. Составьте план дальнейшей терапии и реабилитации.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Назовите ведущие синдромы.

Клинический диагноз: X Беременность 34 недели. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Тяжелая преэклампсия. Дистресс плода.

Дифференциальный диагноз:

-Гистопатический разрыв матки

-Предлежание плаценты

-Разрыв сосудов пуповины

Синдромы:

- геморагический,

- артериальной гипертензии.

2 балла Диагнозы поставлены верно

1 балл Диагнозы поставлены неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 балловДиагнозы поставлены неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии геморрагического синдрома.

Алгоритм неотложной терапии синдромов.

1.- Геморрагический синдром:

- Восполнение ОЦК кристаллоидными и коллоидными растворами; по показаниям- плазмо- и/или гемотрансфузия:

-Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический раствор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем больше скорость введения (от 50–100 до 300– 400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.

- Компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при кровопотере более 1000мл и 4 дозы при кровопотере более 1500мл; СЗП – при коагулопатии или кровопотере более 1000мл в объеме 15-20мл/кг массы тела пациентки).

- При нарушении свертывания крови:

в дополнение к внутривенному введению транексамовой кислоты (2–4 ампулы=500–1000 мг, в зависимости от массы тела пациентки из рас- чета 15 мг/кг) - начать инфузию свежезамороженной плазмы (15–30 мл/кг). По мере поступления лабораторных данных и динамики клинической картины (остановка или, напротив, продолжение кровотечения), а также других симптомов (по данным тромбоэластограммы, коагулограммы) – коррекция гипокоагуляционной коагулопатии с использованием:

- криопреципитата 1 доза на 10 кг веса при снижении фибриногена менее 1 г/л

- протромплекса 600 из расчета 50 МЕ/кг веса

– при продолжающемся кровотечении на фоне дефицита факторов протромбинового комплекса - тромбоконцентрата из расчета 1–2 дозы тромбоконцентрата на 10 кг массы тела или 1 доза тромбомассы на 10 кг веса

 – если уровень тромбоцитов менее 50х109 /л. 40 - активированного VII фактора свертывания крови 90 мкг/кг – при массивном, жизнеугрожающем кровотечении, неподдающемся вышеперечисленным мерам купирования. Оптимальные условия эффективности: тромбоциты>50х109 /л, фибриноген>0,5 г/л, рН>7,2.

2 балла Алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома (ов) указан верно

1 балл Алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома (ов) указан не полностью

0 баллов Алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома (ов) не указан

Тактика при сложившейся ситуации.

-Кесарево сечение в экстренном порядке

- Восполнение ОЦК

- Тщательный осмотр матки на предмет матки Кувелера

- При выявлении матки Кувелера - экстирпация матки

2 балла Тактика при сложившейся ситуации указана верно

1 балл Тактика при сложившейся ситуации указана не полностью

0 баллов Тактика при сложившейся ситуации указана неверно

Возможные осложнения для пациентки и пренатальный прогноз для плода

-Геморрагический шок

-Матка Кувелера

-Все формы ДВС-синдрома

- Нарушение функции ЦНС в результате кровоизлияния в мозг

-Нарушение дыхательной функции в результате респираторного дистресс-синдрома, отека легких

-Острая почечная недостаточность

Прогноз для плода:

Плод страдает от острой гипоксии. Если акушерскую помощь оказывают несвоевременно и недостаточно быстро, наступает антенатальная гибель плода.

2 балла Возможные осложнения для пациентки и прогноз для плода указаны верно

1 балл Возможные осложнения для пациентки и прогноз для плода указаны не полностью

0 баллов Возможные осложнения для пациентки и прогноз для плода указаны неверно

Составьте план дальнейшей терапии и реабилитации.

- Перевод пациентки в реанимационное отделение

- Инфузионная, магнезиальная, гипотензивная терапия, НМГ (низкомолекулярный гепарин).

- Консультации терапевта, окулиста.

- При выписке рекомендовать пациентке диспансерное наблюдение терапевта, акушера-гинеколога, регулярный контроль АД, подбор антигипертензивной терапии.

2 балла План дальнейшей терапии и реабилитации приведен верно

1 балл План дальнейшей терапии и реабилитации приведен не полностью

0 баллов План дальнейшей терапии и реабилитации приведен неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №8**

**8. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Первородящая Ф., 24-х лет. В течение 2-х дней ощущала головную боль, плохое самочувствие, поступила с регулярной родовой деятельностью.

При осмотре: отеки на голенях, передней брюшной стенке. АД 180/100 мм рт.ст. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Сердцебиение плода 140 в 1 минуту, ритмичное, приглушено. При попытке сделать влагалищное исследование у больной возник приступ судорог.

Вопросы:

1. Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Обоснуйте его показателями дополнительных методов обследования.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.**Эталон ответа**

Определите ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента.

-судорожный синдром

- гипертензивный синдром

2 балла Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента определены верно

1 балл Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента определены не полностью: часть синдромов упущена или неверно определены

0 балл Ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния пациента выделены неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

- не оставлять женщину одну;

- подготовить оборудование (воздуховод, отсосы, маску и мешок, кислород) и дать кислород со скоростью 4- 6 литров в минуту;

- уложить женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови;

-после приступа судорог при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань;

-после приступа судорог немедленно начать магнезиальную терапию:

Начальная доза- 4 г сухого вещества (16 мл 25 % раствора) в/в в течение 5-10 минут,

Если судороги повторились- ввести 2 г в/в в течение 5 минут,

Поддерживающая доза- 1-2 г/ч в/в через инфузомат.

- Родоразрешение после стабилизации состояния пациентки

2 балла Алгоритм неотложной терапии составлен правильно

1 балл Алгоритм неотложной терапии составлен не полностью

0 баллов Алгоритм неотложной терапии не представлен

Поставьте предварительный диагноз

I срочные роды. Эклампсия. Тазовое предлежание плода.

2 балла Предварительный диагноз поставлен верно

1 балл Предварительный диагноз поставлен не полностью

0 баллов Предварительный диагноз поставлен неверно

Обоснуйте его показателями дополнительных методов обследования.

Гипертензия- АД 180/100 мм рт.ст., приступ судорог при попытке влагалищного исследования.

2 балла Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено верно

1 балл Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено не полностью

0 баллов Обоснование его показателями дополнительных методов обследования приведено неверно

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1. Применение лабораторных методов обследования:

-OАК cito!

-Б/х анализ крови: общий белок, креатинин, мочевина, АСАТ, АЛАТ, ЩФ, фибриноген

-гемостазиограмма (АЧТВ, МНО, ПВ)

- группа крови, Rh- фактор

2. Катетеризация мочевого пузыря:

-анализ на содержание белка в моче

-контроль диуреза

3. Продолжение противосудорожной терапии

4. Гипотензивная терапия.

Препараты выбора при тяжелой преэклампсии:

-Нифедипин- 10 мг внутрь

-Клонидин- 0,075- 0,15 мг внутрь. Максимальная суточная доза 0,6 мг

-Нитроглицерин в/в капельно 10-20 мг в 100-200 мл 5 % раствора глюкозы, скорость введения 1-2 мг/час, максимально 8-10 мг/час. Нежелательно применение более 4 часов.

-Нитропруссид натрия- в/в капельно в 250 мл 5 % раствора глюкозы, начинать с 0,25 мкг/кг/мин, максимально до 5 мкг/кг/мин- используется редко, при неэффективности вышеперечисленных средств.

5. Консультации терапевта, окулиста.

6.При выписке рекомендовать пациентке диспансерное наблюдение терапевта, акушера-гинеколога, регулярный контроль АД, подбор антигипертензивной терапии.

2 балла План дальнейшей курации пациента приведен верно

1 балл План дальнейшей курации пациента приведен не полностью

0 баллов План дальнейшей курации пациента приведен неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №9**

**9. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

В приемный покой родильного дома доставлена больная К., 28 лет, со сроком беременности 33-34 недели с жалобами: на интенсивную головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, отеками на нижних конечностях.

Объективно: гиперстенической конституции повышенного питания. Вес 100, рост 174. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренно влажные, пастозные. Язык с белесоватым налетом, влажный. Склеры субиктеричные. Доступные пальпации периферические лимфоузлы не увеличены, мягко-эластической консистенции, подвижные. Дыхание в легочных полях везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные АД 180/120 мм рт.ст. Пульс напряженный, наполненный, 84 в минуту. Живот увеличен за счет беременности, мягкий. Тургор кожи и подкожно-жировой клетчатки повышен. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выраженные отеки нижних конечностей.

В анамнезе: простудные заболевания, хронический пиелонефрит, хронический сальпингоофарит, тонзиллэктомия в детстве. Травм и гемотрансфузий не было, вирусный гепатит, туберкулез и венерические заболевания отрицает. Аллергические реакции не отмечает, не переносит внутривенные инъекции хлористого кальция.

Повышение артериального давления отмечается с 28 недель беременности. Женскую консультацию посещала нерегулярно из-за отдаленного проживания.

Вопросы:

1. Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной терапии.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Эталон ответа**

Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.

Тяжелая преэклампсия

2 балла Синдромы определены верно

1 балл Синдромы определен не точно, либо не полностью

0 баллов Синдромы определены неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

1) Катетеризация периферической вены;

2) Ввести магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно за 10-15 минут, затем продолжить введение магния сульфата 25 % через инфузомат 1 гр/час;

3) Антигипертензивная терапия: метилдопа, нифедипин.

4) Вызов врача анестезиолога-реаниматолога;

5) Перевод пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии;

6) Родоразрешение по стабилизации состояния.

2 балла Алгоритм назван правильно

1 балл Алгоритм назван не полностью

0 баллов Алгоритм не назван

Поставьте предварительный диагноз

Беременность 33-34 недели. Отягощённый гинекологический анамнез (ОГА). Тяжелая преэклампсия. Ожирение II ст.

2 балла Диагноз назван верно.

1 балл Диагноз назван не полностью

0 баллов Диагноз не назван

Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза

1) ОАК+гемокомплекс;

2) Биохимический анализ крови: о. белок, билирубин, мочевина, АЛАТ, АСАТ, ЩФ;

3) Гемостазиограмма;

4) ОАМ, уровень протеинурии

5) ЭКГ;

6) результаты динамического наблюдения АД, диуреза, пульсоксиметрии

7) консультация окулиста, терапевта.

2 балла Методы исследования названы верно

1 балл Методы исследования названы не полностью

0 баллов Методы исследования не названы

Составьте план дальнейшей курации пациента.

1) Перевод пациентки в ОРИТ;

2) Гипотензивная терапия;

3) Магнезиальная терапия;

4) Родоразрешение пациентки после стабилизации состояния.

2 балла План составлен правильно

1 балл План составлен не полностью

0 баллов План не составлен

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №10**

**10. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

В гинекологическое отделение доставлена больная К., 30 лет, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза: Первая беременность 7 лет назад, закончилась срочными родами без осложнений, вторая и третья беременности – медицинскими абортами без осложнений. Задержка менструации 3 месяца. В течение последних суток отмечала умеренные тянущие боли внизу живота. Час тому назад боли усилились, приняли схваткообразный характер и появились обильные кровянистые выделения.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Пульс 90 уд/мин. АД – 100/60 мм.рт.ст. Температура 36,60С. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации над лоном.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, матка увеличена до 9 недель беременности, выделения – обильные кровяные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
3. Обоснуйте поставленный диагноз.
4. Составьте алгоритм неотложной терапии.
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.

**Эталон ответа**

Поставьте предварительный диагноз

Неполный самопроизвольный аборт при беременности 12 недель. Анемия. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА).

2 балла Предварительный диагноз поставлен верно

1 балл Предварительный диагноз поставлен не полностью

0 баллов Предварительный диагноз поставлен неверно

Определите ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.

Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента: геморрагический синдром.

2 балла Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента определен верно

1 балл Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента определен не полностью: часть синдромов упущена или неверно определены

0 баллов Ведущий синдром, определяющий тяжесть состояния пациента выделен неверно

Обоснуйте поставленный диагноз.

При влагалищном исследовании выявлено: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца, матка увеличена до 9 недель беременности, выделения – обильные кровянистые, задержка менструации.

2 балла Обоснование поставленного диагноза верно

1 балл Обоснование поставленного диагноза приведено не полностью

0 баллов Обоснование поставленного диагноза приведено неверно

Составьте алгоритм неотложной терапии.

1.Лечение РДВ (раздельное диагностическое выскабливание) состоит в удалении плодного яйца, его остатков и сгустков крови.

2.Антианемическая терапия.

3.Антибактериальная терапия.

4.Контрацепция – монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

2 балла Алгоритм неотложной терапии составлен правильно

1 балл Алгоритм неотложной терапии составлен не полностью

0 баллов Алгоритм неотложной терапии не представлен

Составьте план дальнейшей курации пациента.

Реабилитация направленная на снижение риска последующих осложнений:

- половой покой;

 - прием КОК до наступления беременности;

- обследование на инфекции, прередающиеся половым путём (ИППП), гемостазиограмма, гормональный статус.

2 балла План дальнейшей курации пациента приведен верно

1 балл План дальнейшей курации пациента приведен не полностью

0 баллов План дальнейшей курации пациента приведен неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №11**

**11. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

У повторнородящей(в анамнезе: беременности две, родов двое, абортов 0) установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите причины тазового предлежания плода.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные.
4. Окажите неотложную помощь.
5. Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода.

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены.

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Назовите причины тазового предлежания плода.

- сужение таза, аномальная форма таза

- пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой)

- чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)

- многоводие или маловодие

- многоплодная беременность

- новообразование внутренних половых органов (миоматозные узы, опухоли придатков)

- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)

- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)

- короткая пуповина

- синдром задержки роста плода

2 балла Причины указаны верно

1 балл Причины указаны не полностью

0 баллов Причины указаны неверно

Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные

Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:

- урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.

- при влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Предлежание пуповины – ситуация, когда петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре, а выпадение пуповины — при отсутствии плодного пузыря.

Причинами, вызвавшими выпадение петель пуповины послужили:

- неправильное положение плода/отсутствие достаточной фиксации тазового конца плода в плоскости входа в малый таз

-ранняя амниотомия

 При влагалищном исследовании в случае предлежания пуповины при целом плодном пузыре предлежащую петлю пуповины можно прощупать в виде извитого гладкого, скользкого канатика, толщиной приблизительно с мизинец, дающего ощущение пульсации.

При излившихся водах распознать выпавшую петлю ещё легче – она располагается во влагалище или вне его.

2 балла Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины названы полностью верно

1 балл Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины названы не полностью

0 баллов Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз и понятие о предлежании и выпадении петель пуповины не названы

Окажите неотложную помощь.

При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения

Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.

Тщательно следить за ЧСС плода: провести кардиотокографию (КТГ) плода, если это возможно, и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.

2 балла Неотложная помощь оказана верно

1 балл Неотложная помощь оказана не полностью

0 баллов Неотложная помощь оказана неверно

Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.

При тазовом предлежании плода: В родах избегать ранних амниотомий. При выполнении амниотомии на фоне многоводия соблюдать ряд правил: вскрывать эксцентрично, вне схваток, перфорационное отверстие не расширять до излития достаточного количества вод, женщина должна лежать до тех пор, пока головка не прижмется плотно к входу в малый таз.

При тазовом предлежании пациентке следует рекомендовать до излития околоплодных вод в первом периоде родов пребывание в положении преимущественно лёжа на боку.

2 балла Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены верно

1 балл Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены не полностью

0 баллов Профилактические мероприятия выпадения петель пуповины представлены неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №12**

**12. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

В родильное отделение доставлена повторнородящая на сроке 39 недель в связи с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: беременности -3, родов -2, абортов -1, 3 года назад (2014) кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. Регулярной родовой деятельности нет. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 г. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте понятие преждевременного излития околоплодных вод (ПИВ).
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план ведения.
5. Какую документацию необходимо заполнить.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

III беременность 39 нед. ПИВ. Рубец на матке после операции кесарево сечение (2014 г)

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 баллов Диагноз поставлен неверно

Дайте понятие ПИВ

Преждевременный разрыв плодных оболочек - нарушение целостности оболочек плода и излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности

2 балла Данные указаны верно

1 балл Данные указаны не полностью

0 баллов Данные указаны неверно

Составьте план обследования

-ОАК

-группа крови, Rh-фактор

-ИФА на сифилис, ВИЧ

-мазок из ц/к

-КТГ (кардиотокография плода)

-осмотр анестезиолога

-осмотр акушера-гинеколога в течении 10 минут от поступления,

-бакпосев из цервикального канала

-гемостазиограмма

2 балла План обследования назван полностью верно

1 балл План обследования назван не полностью

0 баллов План обследования не назван

Составьте план ведения

Учитывая ПИВ, рубец на матке после операции кесарево сечение у беременной с осложненным течением послеоперационного периода (нагноение и полное расхождение шва на передней брюшной стенке), целесообразно родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

2 балла План ведения составлен верно

1 балл План ведения составлен не полностью

0 баллов План ведения составлен неверно

Какую документацию необходимо заполнить

-история родов

-информированное согласие на обработку персональных данных

-информированное согласие на медицинское вмешательство

-информированное согласие на операцию

-информированное согласие добровольного обследования на антитела к ВИЧ

-информированное согласие на анестезиологическое пособие

-предоперационный эпикриз

-лист назначений

2 балла Документация представлена верно

1 балл Документация представлена не полностью

0 баллов Документация представлена неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №13**

**13. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортом, третья – кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Пульс 140 уд в мин. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите признаки несостоятельности рубца на матке.
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
4. Составьте план ведения.
5. Укажите качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери.

Э**талон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

II срочные роды. I период. ОАА. Рубец на матке после операции кесарево сечение. Разрыв матки. Геморрагический шок 2 ст. Интранатальная гибель плода

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 баллов Диагноз поставлен неверно

Назовите признаки несостоятельности рубца на матке

К несостоятельным относят рубцы:

·общей толщиной менее 4 мм

·с отдельными участками истончения до 3 мм и меньше;

·гетерогенные, с большим количеством акустических уплотнений (свидетельствует о разрастании соединительной

ткани в толще передней стенки нижнего сегмента матки).

2 балла Признаки указаны верно

1 балл Признаки указаны не полностью

0 баллов Признаки указаны неверно

Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

- рубец на матке после операции кесарево сечение

- сильные боли в животе, слабость

- АД снизилось до 80/50 мм. рт. ст.

- умеренные кровянистые выделения из половых путей

- сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота.

- родовая деятельность прекратилась.

2 балла Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз названы полностью верно

1 балл Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз названы не полностью

0 баллов Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз не названы

Составьте план ведения.

Мобилизация второй вены, катетеризация мочевого пузыря, ингаляция кислорода, ОАК, коагулограмма, транспортировка в операционную на каталке. Вызвать анестезиолога.

Лапаротомия. Ревизия места разрыва матки. Удаление плода из брюшной полости. Оценка возможности проведения органосохраняющей операции. При отсутствии условий для проведения органосохраняющей операции , выполнить экстирпацию матки без придатков , дренирование брюшной полости.

2 балла План ведения составлен верно

1 балл План ведения составлен не полностью

0 баллов План ведения составлен неверно

Укажите качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери

Качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери:

-Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический рас-твор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем выше скорость введения (от 50–100 до 300– 400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.

- Компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при первоначальной оценке объёма кровопотери более 1000 мл и 4 дозы при кровопотере более 1500мл; СЗП – при коагулопатии или кровопотере более 1000мл в объеме 15-20мл/кг массы тела пациентки).

- При нарушении свертывания крови:

в дополнение к внутривенному введению транексамовой кислоты (2–4 ампулы=500–1000 мг, в зависимости от массы тела пациентки из рас- чета 15 мг/кг) - начать инфузию свежезамороженной плазмы (15–30 мл/кг). По мере поступления лабораторных данных и динамики клинической картины (остановка или, напротив, продолжение кровотечения), а также других симптомов (по данным тромбоэластограммы, коагулограммы) – коррекция гипокоагуляционной коагулопатии с использованием:

- криопреципитата 1 доза на 10 кг веса при снижении фибриногена менее 1 г/л

- протромплекса 600 из расчета 50 МЕ/кг веса

– при продолжающемся кровотечении на фоне дефицита факторов протромбинового комплекса - тромбоконцентрата из расчета 1–2 дозы тромбоконцентрата на 10 кг массы тела или 1 доза тромбомассы на 10 кг веса

 – если уровень тромбоцитов менее 50х109 /л. 40 - активированного VII фактора свертывания крови 90 мкг/кг – при массивном, жизнеугрожающем кровотечении, неподдающемся вышеперечисленным мерам купирования. Оптимальные условия эффективности: тромбоциты>50х109 /л, фибриноген>0,5 г/л, рН>7,2.

2 балла Качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери представлены верно

1 балл Качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери представлены не полностью

0 баллов Качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №14**

1**4. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода произведено влагалищное исследование, при котором выявлено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода справа.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите признаки, подтверждающие двойню.
3. Назовите осложнения многоплодной беременности.
4. Составьте план ведения. Неотложная помощь.
5. В какие сроки, на сколько дней и где выдается больничный лист при многоплодной беременности.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

II период родов. Двойня. Поперечное положение второго плода.

2 балла Диагноз поставлен верно

1 балл Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены

0 баллов Диагноз поставлен неверно

Назовите признаки, подтверждающие двойню

- размеры матки превышают гестационную норму как при влагалищном исследовании (на ранних сроках), так и при наружном акушерском

исследовании (на поздних сроках).

-иногда удаётся пропальпировать много мелких частей плода и две (или более) крупных баллотирующих части (головки плодов)

-Аускультативно выслушиваются сердечные тоны плодов в разных отделах матки

-основа диагностики многоплодной беременности в современном акушерстве — ультразвуковое исследование (УЗИ).

2 балла Признаки указаны верно

1 балла Признаки указаны не полностью

0 баллов Признаки указаны неверно

Назовите осложнения многоплодной беременности

-синдром фето-фетальной гемотрансфузии

-синдром обратной артериальной перфузии

-внутриутробная гибель одного из плодов

- врождённый порок развития (ВПР) одного из плодов

-хромосомная патология

-сросшиеся близнецы

2 балла Осложнения названы полностью верно

1 балл Осложнения названы не полностью

0 баллов Осложнения не названы

Составьте план ведения. Неотложная помощь

После рождения I плода, вагинальный осмотр для оценки акушерской ситуации. При наличии поперечного положения второго плода и его подвижности провести наружный поворот плода. Если поворот плода провести не удалось показано кесарево сечение в экстренном порядке.

2 балла План ведения составлен верно

1 балл План ведения составлен не полностью

0 баллов План ведения составлен неверно

В какие сроки, на сколько и кто выдает больничный лист при многоплодной беременности

-Врач акушер-гинеколог, в случае отсутствия последнего - врач общей практики (он же – семейный врач), если нет и такого – фельдшер.

-при многоплодной беременности – в 28 недель на 194 календарных дня (84 дня до родов + 110 дней после родов).

2 балла Данные представлены верно

1 балл Данные представлены не полностью

0 баллов Данные представлены неверно

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №15**

**15. Ситуационная задача.**

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.*

*Основная часть*

Больная 30 лет, предъявляет жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, в течение последних трёх дней.

Объективно: обильные гомогенные жидкие выделения светло-серого оттенка с неприятным «рыбным» запахом, равномерно распределяющиеся по стенкам влагалища.

В мазках по Граму: лейкоцитов 10-15 в поле зрения, обильная кокковая флора, наличие «ключевых» клеток.

При рН-метрии: уровень влагалищного рН 5,5.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. На основании чего выставлен диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Перечислите этапы лечения.
5. Перечислите рекомендуемые схемы лечения.

**Эталон ответа**

Сформулируйте клинический диагноз.

Бактериальный вагиноз

2 балла Диагноз поставлен верно

0 баллов Диагноз поставлен неверно

На основании чего выставлен диагноз

На основании критериев Амселя:

-жалоб больной на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом;

-данных объективного обследования: обильные гомогенные жидкие выделения светло-серого оттенка с неприятным «рыбным» запахом, равномерно распределяющиеся по стенкам влагалища;

-данных клинического обследования: в мазках по Граму: лейкоцитов 10-15 в поле зрения, обильная кокковая флора, наличие «ключевых» клеток; уровень влагалищного рН 5,5.

2 балла Диагноз обоснован верно

1 балл Диагноз обоснован не полностью

0 баллов Диагноз обоснован не верно

Проведите дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику бактериального вагиноза следует проводить с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, M. genitalium) и условно-патогенными микроорганизмами (дрожжеподобными грибами рода Candida, генитальными микоплазмами, факультативно-анаэробными и аэробными микроорганизмами).

2 балла Дифференциальный диагноз проведен верно

1 балл Дифференциальный диагноз проведен не полностью

0 баллов Дифференциальный диагноз проведен неверно

Перечислите этапы лечения

1-й этап – эрадикация микроорганизмов из влагалища и восстановление оптимальной среды вагинального биотопа с достижением уровня рН <4,5;

2-й этап предусматривает восстановление достаточного количества лактобактерий путем использования пробиотиков.

2 балла Этапы лечения перечислены верно

1 балл Этапы лечения перечислены не полностью

0 баллов Этапы лечения перечислены неверно

Перечислите рекомендуемые схемы лечения

Федеральные клинические рекомендации РФ, 2013г.:

I этап:

• клиндамицин крем 2% (5 г) 1 р/сут интравагинально в теч. 7 дней, или

• метронидазол 500 мг 2 р/сут внутрь в теч. 7 дней, или

• метронидазол гель 0,75% (5 г) 1 р/сут интравагинально в теч. 5 дней.

II этап:

А. после локальной антибактериальной терапии препараты, содержащие лактобациллы или молочную кислоту (Фемилекс, Лактажиналь, Гинофлор Э, Лактагель).

Б. После менструации первые 3 дня эти же препараты в течение 6 мес.

2 балла Рекомендуемые схемы лечения представлены верно

1 балл Рекомендуемые схемы лечения представлены не полностью

0 балл Рекомендуемые схемы лечения представлены неверно.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК-1 способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу …. | Знать нормы культуры мышления, основы логики, нормы критического подхода, основы методологии научного знания, формы анализа; | вопросы №1,3,7,9 |
| Уметь адекватно воспринимать информацию, логически верно, аргументировано и ясно строить устную и письменную речь, критически оценивать свои достоинства и недостатки, анализировать социально значимые проблемы; | Задача №25,14,13 |
| 2 | (ОПК-5) способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок | Знать особенности сбора гинекологического и акушерского анамнеза, показателей лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | вопросы №1,3,7,9 |
| Уметь обирать и санализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, проводить физикальный осмотр, оценивать результаты лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания в акушерстве и гинекологии | Задача № 1,3,8,9,15,20,24,29 |
| 3 | (ПК-1) способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания…………………….. | Знать Биологические и средовые факторы, формирующие здоровье семьи; | вопросы №1,3,7,9 |
| 4 | ПК-2 способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения | Уметь:Проводить мониторинг состояния здоровья женского населения, проводить профилактику абортов и их осложнений. − Проводить анализ причин гинекологической заболеваемости и намечать пути их устранения. | вопросы №1,3,7,9 |
| 5 | (ПК-6) способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Знать синдромальную диагностику основных заболеваний внутренних органов, особенности синдромов при различных болезнях, нозологические формы в соответствии с МКБ - 10 | вопросы №32,34,49,56,60 |
| Уметь выявлять основные симптомы болезней, комбинировать их в синдромы. Используя алгоритм диагностики определенных болезней, а так же дифференциальной диагностики схожих заболеваний устанавливать нозологическую форму с определением основного сопутствующего заболевания и осложнений.  | практические задания №21,23,28 |
| 6 | ПК-7) готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека | **Знать** основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы**Уметь** заполнять типовую медицинскую документацию; применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть. | вопросы №11,13,57,39 |
| 7 | (ПК-8) способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами  | **Знать** тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами в акушерстве и гинекологии**Уметь** определять тактику ведения пациентов с основными нозологическими формами в акушерстве и гинекологии | вопросы №21,33,47,34Задача №14,25,29 |
| 8 | (ПК-9) готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | **Знать** методы лечения и показания к их применению; механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;**Уметь** подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; | вопросы №54,56,43,41,49,4648,57,53,69,92Задача № 12,16,18,27 |
| 9 | (ПК-12) готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов | ПК-12 **Знать**Современные принципы ведения беременности и родовПК 12 **Уметь** Правильнооценивать данные анамнеза, течения беременности, медицинские и социальные показания и противопоказания к сохранению беременности | вопросы №11,25,39 Задача №2,8,16,23,30 |
| 10 | (ПК-15) готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболевйани | U3 ПК-15 **Знать** основные принципы диспансеризации женского населения различных возрастных и социальных групп -особенности профилактики заболеваний у женщин; - основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования - формы и методы санитарно-просветительной работы среди женщин и медицинского персонала | вопросы №1,3,7,9,66,78,89,91 |
|  | U3 ПК-15 **Уметь** организовывать и проводить мероприятия по профилактике и раннему выявлению у женщин гинекологических заболеваний; осуществлять профилактические медицинские осмотры в соответствии со стандартами ; - проводить санитарно-просветительную работу среди женского населения ) по формированию элементов здорового образа жизни | Задача № 26,24,27,1 |