## 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

*32.05.01 Медико-профилактическое дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) *32.05.01*

*Медико-профилактическое дело*

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Протокол № 11 от 22.06.2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит 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 32.05.01*

*Медико-профилактическое дело*

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

(ПК-5) [Способность и готовность к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населения](https://control.orgma.ru/%28S%28uhifu3s4wtqleqqbm40p3l0v%29%29/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=5f4e7e8b-458b-408f-8a9e-6256a7757b75&basicplanid=73fe896e-45c5-46d9-8ec3-0cf09dbd8f10).

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

**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 женской консультации. Профилактика, раннее выявление гинекологических заболеваний, диспансеризация гинекологических больных. Приказ МЗ РФ № 572-н. Менструальный цикл. Нарушения менструального цикла.

**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.

**Занятие 2.** Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки: методы обследования, тактика ведения, раннее выявление, профилактика.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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?

**Занятие 3.** Доброкачественные опухоли матки. Эндометриоз

Гиперпластические процессы эндометрия. Методы диагностики и лечения.

Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика и лечения.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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.

**Занятие 4. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников: этиология, классификация. Рак яичников: классификация, клиника. Пути метастазирования, принцип лечения в зависимости от стадии распространения.**

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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?

**Занятие 5. Воспалительные заболевания женских половых органов. Эпидемиология. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика.**

**5.1.**Острые воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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 |
|  |  |

5.2.Хронический воспалительные заболевания женских половых органов.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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.

**Занятие 6. .«Острый» живот в гинекологии: причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.**

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

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. подслизистая 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?

**Занятие 7. Нарушения менструального цикла. ДМК (ювенильные, в репродуктивном возрасте, климактерические). Объем обследования, дифференциальная диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе.**

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости**

* 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.

**VIII семестр**

**Занятие 1. Задачи и организация акушерской помощи. Типы и структура родильных ста­ционаров. Санитарно-эпидемиологический режим родовспомогательных учрежде­ний Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах.**

**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. Структура и организация женской консультации. Принцип работы женской консультации роль ее в профилактике осложнений беременности.Диагностика беременности. Методы обследования во время беременно­сти и в родах. Определение срока родов. Динамическое наблюдение здоровых беременных.**

**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 3. Пренатальная диагностика состояния плода. Методы определения внутриутробного состояния плода. Влияние вредных факторов на плод. Критические сроки органогенеза.**

**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. 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 5. 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 6.** **Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при острых и хронических инфекционных заболеваниях матери, внутриут­робной инфекции (бактериальная, грипп, краснуха, полиомиелит, токсоплазмоз, хламидиоз, сифилис, ВИЧ-инфицирование, вирусный гепатит и др.) Диагностика, лечение, 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 заболеванийЖПО.

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 органовмалого таза.

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

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия.

**Занятие 7. 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 8. Беременность и экстрагенитальная патология.**

**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 9. 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 10. 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, ПОударов 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 11.1.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 11.2.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 12.1. 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.

**Занятие 12.2.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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| ПК-5 [Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населения](https://control.orgma.ru/%28S%28uhifu3s4wtqleqqbm40p3l0v%29%29/CompetencePassportReport.aspx?stratum=3&competenceid=5f4e7e8b-458b-408f-8a9e-6256a7757b75&basicplanid=73fe896e-45c5-46d9-8ec3-0cf09dbd8f10) | **Знать** основы санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" особенности санитарно -эпидемиологических мероприятий в акушерстве и гинекологии | # Санитарная норма площади на 1 материнскую койку в родильном доме составляет:10 кв.м3 кв.м12 кв.м+7 кв.м# Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями:сердечно-сосудистой системы+почекдиабете и другой эндокринной патологиисо всеми перечисленнымини с одним из перечисленных# Госпитализация беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется:в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)+в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницыв неспециализированном родильном домев обсервационном акушерском отделении родильного дома# Совместное пребывание матери и новорожденного организуется+в специализированном родильном домебв неспециализированном родильном домев обсервационном отделении родильного домав послеоперационных палатах родильного дома# Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет:5 лет+4 года3 года2 года1 год# Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу, как правило:после стихания острых симптомов заболеванияв день постановки диагноза+по выздоровлении, для реабилитациипосле выписки матери из родильного домапосле консультации врача детской больницы# Основными качественными показателями деятельности родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме:материнской смертностиперинатальной смертности+заболеваемости новорожденныхсредне-годовой занятости койки# Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных – это:число пролеченных больных в стационаречисло больных, направленных на санаторное лечение+снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособностиудельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение годаправильно б) и в)# Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие органы медицинской статистики, - этоотчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1)+отчет по форме 32журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-о/у)статистический талон для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у)журнал госпитализации# Женская консультация является структурным подразделением 1) родильного дома 2) поликлиники 3) медсанчасти 4) санатория-профилакторияправильно 1, 2, 3+правильно 1, 2все ответы правильныправильно только 4все ответы неправильны |
| **Уметь** определять показания к введению карантина, по ликвидации вспышки в очаге инфекции | # Восприимчивость к инфекции у плодазависит от переноса материнских IgG антител через плацентупрямо пропорциональна уровню иммунитета у материобратно пропорциональна уровню иммунитета у материправильно а) и б)+правильно а) и в)# Гонорейное поражение влагалища при беременностивозможно+невозможнотолько при наличии других неспецифических инфекций# Во время родов у женщин с сифилисом возникаетопасность генерализации инфекцииопасность заражения персоналаопасность дополнительного инфицирования плода+все перечисленноеничего из перечисленного# Беременность 38-39 недель. Отмечается картина острой очаговой пневмонии. Температура тела - 38шС. Тактика врача:провести комплексную терапию пневмонии, постараться отсрочить возможное развитие родовой деятельности до излеченияпровести родовозбуждение и одновременно комплексную антибактериальную терапиюпровести операцию кесарева сечения и одновременно комплексную терапию пневмониигпоказана профилактика послеродовой инфекции+правильно а) и г)# При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путемлимфогеннымуриногенным+гематогенным# Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), являетсяизменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона)наличие рефлюксовпереохлаждениенарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней)+все перечисленное |
|  | **Владеть**навыками работы в акушерском и гинекологическом стационаре по предупреждению , и ликвидации вспышки внутрибольничной инфекции | # Особенности госпитального штамма:+высокая вирулентность, устойчивость к антибиотикам, дезинфектантам, УФОинтенсивность размножения во внешней среде;устойчивость к антибиотикам#В структуру эпидемиологического надзора за ВБИ входит:+информационная подсистема, эпидемиологическая диагностика, управленческая подсистема;дезинфекция, стерилизация, наблюдение за состоянием здоровья сотрудников;выявление факторов риска и анализ полученных данных# Разработка и применение эпидемиологически безопасных алгоритмов диагностических и лечебных процедур – мероприятия инфекционного контроля:+профилактические и противоэпидемические мероприятия;охрана здоровья персонала;эпидемиологическая диагностика ВБИ#сновные мероприятия по профилактике парентеральных инфекций (ВИЧ, гепатит В и С) в ЛПУ направлены на:1 звено эпидемического процесса;+2 звено эпидемического процесса;3 звено эпидемического процесса# Камерная дезинфекция постельных принадлежностей проводится:1 раз в неделю +после каждого больного\* после умерших и инфекционных больных 1 раз месяц д 1 раз в квартал  |

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**

**Список экзаменационных вопросов по акушерству и гинекологии**

**для студентов 4 курса МПФ 2018/2019 учебного года**

1. Организация противоэпидемического режима в акушерских стационарах. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

2. Профилактика внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

3. Особенности санитарно-гигиенического режима приемно-смотрового и родильного отделений. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

4. Профилактика гнойно-септических заболеваний новорожденных. Противоэпидемиологические мероприятия при возникновении инфекции в отделении. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

5. Профилактика септической инфекции в послеродовом отделении. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

6. Принцип организации и проведения санитарно-эпидемиологического режима в акушерских стационарах. СанПиН 2 СанПиН 2.1.3.2630-10.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

7. Противоэпидемический режим родильного отделения. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

8. Структура и организация работы родильного дома. Особенности асептики и антисептики.

9. Роль санитарно-эпидемиологического контроля в профилактике внутригоспитальной инфекции в родовспомогательных учреждениях.

10. Задачи женской консультации. Методы динамического наблюдения здоровых беременных (приказ МЗ РФ № 572-н).

11. Значение асептики и антисептики в профилактике гнойно-септических заболеваний в родильном доме.

12. Профилактика септических осложнений у беременных в условиях женской консультации.

13. Особенности санитарной обработки роженицы. Профилактика внутрибольничной инфекции.

14. Санитарно-гигиенические мероприятия в профилактике осложнений беременности.

15. Особенности обследования персонала родовспомогательных учреждений с целью профилактики развития внутрибольничной инфекции. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

16. Особенности структуры и санитарно-гигиенического режима акушерского стационара. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

17. Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Типы акушерско-гинекологических учреждений, их основные задачи.

18. Санитарные нормы и структура послеродового отделения. Гигиена и диетика родильниц. Уход за родильницей.

19. Динамическое наблюдение здоровых беременных (приказ МЗ РФ №572-н): объем обязательного обследования, профилактика септических осложнений.

20. Оплодотворение и развитие плодного яйца. Критические периоды развития беременности. Влияние вредных факторов на плод.

21. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

22. Особенности динамического наблюдения беременных с эндокринной патологией (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы) по приказу МЗ РФ № 572-н.

23. Особенности динамического наблюдения беременных с экстрагенитальной патологией (приказ МЗ РФ № 572-н).

24. Основные этапы внутриутробного развития плода. Влияние повреждающих факторов внешней среды на плод. Профилактика осложнений. Современные методы исследования внутриутробного состояния плода.

25. Клинико-физиологические особенности половой системы и целостного организма женщины в различные периоды жизни.

26. Изменения в молочных железах во время беременности. Уход за молочными железами в послеродовом периоде. Профилактика лактационных маститов.

27. Ведение родов, профилактика септических осложнений в родах.

28. Анемия беременных: причины, клиника, влияние на плод, лечение, профилактика.

29. Первый туалет новорожденного. Профилактика гнойно-септических осложнений. Уход за новорожденным. Влияние неблагоприятных факторов на плод и новорожденного.

30. Эклампсия: клиника, диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

31. Физиология послеродового периода: клиника, инволюция матки, лактация. Уход за родильницей, гигиена, профилактика септических послеродовых заболеваний, особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении.

32. Пути распространения послеродовой инфекции. Сепсис: клиника, лечение, профилактика.

33. Разрывы промежности и шейки матки в родах; причины, классификация, диагностика, лечение, профилактика.

34. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Асфиксия новорожденного. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 21.04.2010 № 15-4/10/2-3204 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

35. Кровотечения в последовом периоде: этиология, клиника, неотложная помощь. Профилактика кровотечения в родах.

36. Послеродовые заболевания: этиология, классификация Сазонова-Бартельса. Борьба с внутригоспитальными инфекциями. Роль санитарно-гигиенического режима.

37. Течение беременности и родов при пороках сердца. Оказание неотложной помощи при острой сердечной недостаточности в родах.

38. Последовый период: механизм отделения плаценты и выделения последа. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Современные принципы ведения последового периода, профилактика кровотечения.

39. Сахарный диабет и беременность: особенности течения диабета, противопоказания к беременности, осложнения беременности, влияние на плод, принципы динамического наблюдения и лечения.

40. Регуляция родовой деятельности: понятие о готовности к родам, предвестники родов, прелиминарный период. Причины наступления родов, понятие о схватках, потугах, периоды родов, продолжительность родов.

41. Разрыв матки: этиология, классификация, клиника совершившегося разрыва. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Профилактика.

42. Тазовые предлежания плода: причины, классификация, диагностика, современные принципы ведения беременности и родов. Осложнения и их профилактика.

43. Заболевания почек (хронический пиелонефрит, гломерулонефрит) и беременность: осложнения беременности, принципы ведения беременности и родов.

44. Преэклампсия: этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика в условиях женской консультации.

45. Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение: этиология, клиника, неотложная помощь, профилактика.

46. Оперативные методы родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы): показания, условия, профилактика септических осложнений.

47. Клиника родов: периоды, их продолжительность, ведение, обезболивание родов. Особенности санитарно-гигиенического режима в родах.

48. Послеродовый септический метроэндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Значение санитарно-гигиенического режима родильного отделения в профилактике гнойно-септических осложнений.

49. Беременность и роды при изосерологической несовместимости крови матери и плода: патогенез, клиника, диагностика, влияние на плод. Ведение беременности и родов. Профилактика резус-конфликта.

50. Послеродовые септические заболевания матери: этиология, классификация Сазонова-Бартельса, клиника, диагностика, принципы лечения. Роль санитарно-эпидемического режима послеродового отделения в профилактике послеродового метроэндометрита.

51. Трихомониаз: этиология, пути передачи, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

52. Роль планирования семьи в сохранении здоровья матери: современные методы контрацепции. Методы прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям. Контрацепция подростков.

53. Хроническийсальпингоофорит: этиология, клиника, диагностика, лечение.

54. Искусственный аборт: показания, противопоказания, условия, обезболивание, осложнения, их профилактика.

55. Острыйсальпингоофорит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

56. Внематочная беременность: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

57. Тесты функциональной диагностики в определении состояния репродуктивной системы женщины (базальная температура, шеечные феномены, кольпоцитологическое исследование, определение гормонов), их информативность

58. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения в условиях женской консультации.

59. Гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система и ее роль в регуляции менструальной функции: этиология, патогенез, классификация.

60. Инфицированный лихорадящий аборт: этиология, патогенез, клиника, осложнения (токсико-септический шок, перитонит), оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе, принципы лечения.

61. Миома матки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, методы лечения, динамическое наблюдение.

62. Опухоли яичников: классификация, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

63. Неправильное положение женских половых органов (опущение, выпадение, загиб матки): этиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

64. Доброкачественные опухоли яичников: классификация, клиника, диагностика, врачебная тактика.

65. Современные методы контрацепции: виды, показания, противопоказания, механизмы действия, эффективность, осложнения.

66. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов: классификация, клиника острого сальпингоофорита, диагностика, принципы лечения, профилактика.

67. Предоперационная подготовка гинекологических больных: объем обязательного обследования в условиях женской консультации, профилактика септических осложнений.

68. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.

69. Бесплодный брак: этиология женского и мужского бесплодия. Методы диагностики. Принципы лечения женского бесплодия.

70. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки: этиология, клиника, методы обследования, диагностика, лечение.

71. Рак шейки матки: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

72. «Острый живот» в гинекологии: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика на догоспитальном этапе.

73. Циклические изменения в репродуктивной системе женщины.

74. Восходящая гонорея: этиология, пути распространения, диагностика, клиника, лечение, критерий излеченности.

75. Туберкулез женских половых органов: пути распространения инфекции, патогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения и диспансеризации.

76. Нейроэндокринная регуляция менструальной функции.

77. Дисфункциональные маточные кровотечения в ювенильном периоде: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, гормональный гемостаз.

78. Перекрут ножки опухоли яичника: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

79. Предменструальный нейроэндокринный синдром: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

80. Климактерический, постовариоэктомический синдром. Диагностика. Принципы лечения.

**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**

|  |
| --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**кафедра** акушерства и гинекологии**направление подготовки (специальность)** 32.05.01 Медико-профилактическое дело**дисциплина** Акушерство и гинекология**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**1. Набор тестовых заданий в ИС университета.
2. Вопрос.
3. Вопрос.
4. Задача № 1.

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии: д.м.н.,профессор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Д. КонстантиноваДекан медико-профилактического факультета, д.б.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.А. Михайлова  «08» апреля 2019 |

**Образец задачи**

**Задача № 1**

Первородящая 29 лет. Доставлена в родильный дом после приступа судорог, который был дома.

При поступлении АД 210/120 мм.рт. ст., состояние тяжелое, заторможена. Беременность доношенная. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Схватки потужного характера, активные, продолжительные. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Какой диагноз? Каковы дальнейшие тактика и лечение?

СПИСОК

задач по акушерству и гинекологии

для экзаменов 4 курса медико-профилактического факультета

Задача № 1

Первородящая 29 лет. Доставлена в родильный дом после приступа судорог, который был дома.

При поступлении АД 210/120 мм. рт. ст., состояние тяжелое, заторможена. Беременность доношенная. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Схватки потужного характера, активные, продолжительные. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Какой диагноз? Каковы дальнейшие тактика и лечение?

Задача № 2

Первобеременная 20 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке 36 недель с жалобами на отеки нижних конечностей. АД 150/90 и 140/90 мм.рт.ст.

В моче белок 1% .

Какой диагноз? Как лечить?

Задача № 3

Роженица 34 лет, поступила в родильный дом с указанием на схватки, начавшиеся 6 часов назад. Роды вторые, в анамнезе 3 медицинских аборта. Через 2 часа после поступления родила живую доношенную девочку весом 3600 г. Через 15 минут после рождения ребенка началось кровотечение. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря составила 200мл. кровотечение продолжается.

Какой диагноз? Какова должна быть тактика врача?

Задача № 4

Роженица 20 лет. Поступила в роддом во втором периоде I срочных родов. Родила живую, доношенную девочку массой 3950 г. Через 5 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целость его вызывает сомнение. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря 100 мл.

Какова должна быть тактика врача?

Задача № 5

В конце беременности у повторнородящей женщины вне родовой деятельности внезапно появились яркие кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего обратилась в женскую консультацию. Матка мягкая, безболезненная при пальпации, предлежат ягодицы. Сердцебиение плода приглушено, 140 уд. в мин. Кровянистые выделения умеренные.

Каков диагноз? Что делать?

Задача № 6

Повторнородящая в сроке беременности 34 недели доставлена на носилках в род. дом в крайне тяжелом состоянии. Беременная стонет, жалуется на резкие распирающие боли в животе в течение 2-х часов. Боли начались внезапно. Кожные покровы резко бледны, лицо отечно, покрыто мелким потом, губы бледны, с синюшным оттенком, одышка, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 90/40 мм. рт. ст. Живот вздут, матка резко напряжена, плотной консистенции, дно ее почти под мечевидным отростком. Пальпация частей плода затруднена. По левому ребру матка имеет выпячивание, болезненное при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается, родовой деятельности нет. Из половых путей кровянистые выделения в незначительном количестве.

Какой диагноз? Какова должна быть тактика врача?

Задача №7

На учете в женской консультации беременная 34-х лет. Беременность третья на 34-35 неделе, предстоят II роды. Первая беременность три года назад закончилась мертворождением в результате затяжных родов. Плод весом 3400,0г. с кровоизлиянием в мозг. Вторая беременность через год закончилась медицинским абортом. Данная беременность анамнестически переношенная.

Размеры таза 27-28-30-17,5см.

Диагноз? Тактика ведения беременности и родов?

Задача № 8

Роженице 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 женщины, были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощён. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Диагональная коньюгата 10 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес плода 3500 г.

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 9

Повторнородящая 32 лет. Беременность пятая, роды вторые, срочные. Размеры таза 23-25-28-18 см. Диагональная коньюгата 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 140 уд. в мин. В родах 12 часов. Продолжительность второго периода родов 1 час. Потуги через 1-2 мин., по 60 сек., хорошей силы. Женщина крайне беспокойна, кричит. Контракционное кольцо на 4 см. ниже пупка расположено косо. Нижний сегмент болезненный при пальпации. После очередной потуги роженица перестала кричать, кожные покровы побледнели. Пульс 140 уд. в мин., слабого наполнения. АД 70/60 мм. рт. ст. Контуры матки изменились, бугристые, нечеткие. Сердцебиение плода исчезло. Из половых путей появились кровянистые выделения.

Диагноз? Дальнейшая тактика врача?

Задача № 10

Повторнородящая 37 лет. Поступила в родильное отделение в I периоде родов со слабыми схватками и ранним излитием около плодных вод. Схватки по 25-30 сек., через 5-6 мн., слабой силы. В родах 11 часов. Безводный промежуток 4 часа. Размеры таза 22-25-28-17 см. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, слева выше пупка, 144 уд. в мин. Предполагаемый вес плода по Якубовой 4000г.

Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см., края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Плодного пузыря нет ягодицы над 1 тазовой плоскостью, межвертельная линия в левом косом размере, копчик слева спереди. Мыс достижим, диагональная коньюгата 10,5 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 11

Повторнобеременная 30 лет находится на учете в женской консультации. Третья беременность на 35-36 неделе, вторые срочные роды. Размеры таза: 26-29-31-20 см. Положение продольное, головка пальпируется в дне матки, над входом в малый таз пальпируется тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту. Предполагаемый вес плода 3400 г.

Диагноз? План ведения беременности?

Задача № 12

Роженице 29 лет. Беременность четвертая, вторые срочные роды. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Положение плода продольное, в дне матки пальпируется головка, над входом в малый таз тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту, справа выше пупка. В родах 14 часов.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края тонкие, хорошо растяжимые. Открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, вскрылся в момент исследования, выпали ножки вместе с «клубком» слабо пульсирующих петель пуповины.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Задача № 13

У повторнобеременной 30 лет выявлено поперечное положение плода. Беременность на 36-37 неделе. В анамнезе одни срочные роды в тазовом предлежании, плод жив.

Диагноз? В чем особенность диспансеризации этой беременной?

Каков план родоразрешения?

Задача № 14

Первобеременная С., 22 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на боли в подчревной области, более выраженные в правом подреберье, тошноту, рвоту. Беременность первая, протекала без осложнений. Заболела утром остро. При поступлении состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, температура тела 37,6°С, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 100 уд. в мин., ритмичный. Язык сухой, обложен беловатым налетом. При пальпации в правом подреберье определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга, Ситковского – положительны. Симптом Пастернацкого отрицателен. Размеры матки соответствуют 36 неделям беременности. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежащая головка подвижна на входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин., слева ниже пупка.

Анализ крови: Hb – 110г/л, лейкоциты – 11×10 9 в/л.

Лейкограмма: с - 67, п/я – 10, э – 3, лимфоц – 12, м – 8, СОЭ – 35мм/час.

Общий анализ мочи без патологических отклонений

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Задача № 15

Первобеременная 26 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на сердцебиение, одышку, кашель с мокротой, содержащей прожилки крови. В детстве перенесла ревматизм. Беременность первая в сроке 37-38 недель. От прерывания беременности в ранние сроки отказалась. Состояние ухудшилось 2 недели назад. При поступлении общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, пульс – 100 уд/мин., ритмичный, АД

100/60 мм. рт. ст. Сердечный толчок разлитой, на верхушке сердца прослушиваются систолический и пресистолический шумы и хлопающий I тон, акцент II тона на легочной артерии. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких прослушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Печень пальпируется из-под края реберной дуги на 2 см, край ее болезненный. Размеры таза нормальные. Окружность живота 89 см. Высота стояния дна матки 37 см. Положение плода продольное, I позиция, предлежание головное. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, 128 уд/мин., слева ниже пупка.

Диагноз? Тактика ведения беременной?

Задача № 16

Беременная А., 23 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, плохой аппетит. Беременность третья в сроке 38 недель. Первая беременность закончилась преждевременными родами, вторая – самопроизвольным абортом в сроке 19-20 недель, год тому назад.

Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки бледные, границы сердца в пределах нормы, на верхушке систолический шум; дыхание везикулярное; пульс 90 уд/мин., ритмичный, АД – 90/60, 100/60 мм. рт. ст.; печень не увеличена, безболезненная. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин., слева ниже пупка.

Анализ крови: Hb – 80 г/л, эр – 2,8×10 12 в/л, лейкоц. – 5,6×10 9 в/л, СОЭ – 28 мм/час.

Диагноз? Тактика ведения беременности?

Задача № 17

Родильница М., 22 лет, поступила в стационар с жалобами на резкую боль в правой молочной железе, ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, ознобы. 14 дней назад произошли 1 срочные роды без осложнений, на третий день после родов появились поверхностные трещины сосков, которые лечила мазями. На 8 день после родов и заживления трещин сосков женщина выписана домой. При поступлении: температура тела 39°С, пульс – 110 уд/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Правая молочная железа несколько увеличена в объеме, горячая на ощупь, напряжена, болезненна. В верхне-наружном квадранте кожа гиперемирована, определяется болезненный инфильтрат величиной 8×8 см., в центре которого флюктуация. Матка над лоном не пальпируется, выделения из половых путей скудные, слизистые.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача№ 18

Роженица Б., 30 лет, доставлена в родильное отделение в I периоде родов с дородовым излитием околоплодных вод. Воды излились 18 часов назад. Беременность I, доношенная. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура - 37,8 С, пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД -120/80, 125/85 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При акушерском обследовании положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 136 уд/мин., ритмичное. Схватки через 5-6 мин. по 30-35 сек.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3-4 см., плодного пузыря нет, предлежит головка на I тазовой плоскости. Из влагалища гноевидные выделения с неприятным запахом. В процессе наблюдения родовая деятельность ослабла. В связи с первичной слабостью родовых сил начата стимуляция окситоцином внутривенно капелью. Через сутки от начала родов родился мальчик массой 4000 г. с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов. После рождения последа состояние родильницы резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40 С, появился озноб, сильная головная боль, акроцианоз, АД снизилось до 80/40 мм рт. ст., участился пульс до 120 уд/мин.

Диагноз? Тактика ведения больной?

Задача № 19

Роженица Н.,28 лет, первобеременная,2 дня назад была доставлена в акушерскую клинику в родах, осложненных безводным промежутком 16 часов, лобным предлежанием головки плода. Экстренно произведена операция кесарева сечения в нижнем сегменте. Извлечен живой мальчик 3650

г. Операция протекала без осложнений. На 3-и сутки после операции состояние родильницы стало прогрессивно ухудшаться, появились икота, рвота, боли внизу живота, задержка газов.

Объективно: кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заострены, губы и язык сухие, с серым налетом температура 38,5°С, пульс 120 уд/мин., ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Живот вздут, болезненный при пальпации, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии определяется экссудат в нижних и боковых областях живота. При аускультации перистальтика кишечника не выслушивается. Анализ крови: лейк. – 17,5×109 в/л, лейкоформула со сдвигом влево, СОЭ – 39 мм/час

Диагноз? Тактика лечения больной?

Задача № 20

Беременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии 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 слизистые оболочки бледные, температура тела 38,6 С, пульс - 106 уд/мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Сердцебиение плода 146 уд/мин., ритмичное, приглушено. При пальпации матка в повышенном тонусе. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения - бели молочного цвета.

Диагноз? План обследования и лечения беременной?

Задача № 21

Первобеременная 24-х лет страдает ревматизмом неактивной фазы, митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности. На учёте у ревматолога. Срок беременности 8 недель.

Какой объем обследования следует провести беременной для решения вопроса о возможности сохранения беременности?

Задача № 22

Больная М., 24 лет обратилась с жалобами на контактные кровянистые выделения. Больна 3 месяца. Менструации с 13 лет регулярные, безболезненные по 4 дня через 28 дней. Половая жизнь с 23 лет. Беременностей не имела. Гинекологические и венерические заболевания отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное.

В зеркалах: шейка матки конической формы. Вокруг наружного зева слизистая ярко красного цвета, зернистая, покрыта гноевидно-слизистыми выделениями размером 2x2 см., легко кровоточащая при дотрагивании. Выделения - бели с примесью крови.

Влагалищное исследование: матка и придатки без патологических изменений. Своды глубокие.

Диагноз? План обследования и лечения.

Задача № 23

Больная О., 29 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С, общую слабость, боли внизу живота. Больна после искусственного аборта, произведенного 8 дней тому назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 91 в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД – 120/70 мм.рт.ст. Температура тела 38,2°С. Кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. В зеркалах: шейка матки выстлана типичным эпителием. Из цервикального канала обильные гнойные выделения. Влагалищное исследование: шейка матки плотной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки слегка увеличено, мягкой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Диагноз? План лечения?

Задача № 24

Больная С., 36 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38,8°С, общую слабость, которые появились после 4 дня тому назад. В анамнезе хронический аднексит с частыми обострениями.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,7°С. Со стороны внутренних органов патологических нарушений не выявлено. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, в нижних отделах Нерезко выраженное напряжение передней брюшной стенки, больше слева. Симптомы раздражения брюшной стенки отсутствуют. В зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Бели гноевидные скудные.

Влагалищное исследование: шейка матки плотной консистенции. Тело матки не увеличено, отклонено вправо, ограничено в подвижности, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются. Слева и кзади от матки пальпируется образование размером 4×9 см., плотной консистенции с участками размягчения, ограниченное в подвижности, резко болезненное. Свод слева укорочен. Ан.крови: гемоглобин – 120 г/л, лейкоцитов – 16,8×10 9 в/л, СОЭ – 38 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Диагноз? План лечения?

Задача № 25

Больная С., 31 года, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Больна неделю. В анамнезе менструальная функция без патологических изменений. Последняя менструация была неделю тому назад. Половая жизнь с 20 лет. Имела одни срочные роды без осложнений, три искусственных аборта, последний - 4 года назад осложнился острым воспалением придатков матки с последующими неоднократными обострениями. Лечилась всегда стационарно.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 мм.рт.ст. Температура тела 38,8°С. Кожные покровы бледноватые, видимые слизистые розового цвета. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Стул был. Мочеиспускание болезненное.

Анализ крови: Hb- 126г/л, л – 18×10 9 в/л. Лейкограмма: с- 69, п/я – 12, э – 4, л – 10, м - 5, СОЭ – 32 мм/час.

Влагалищное исследование: шейка обычной консистенции. Смещение ее безболезненное. Матка не контурируется из-за болезненности. Справа и слева определяются опухолевидные образования без четких границ, интимно спаянные с маткой, тугоэластической консистенции, резко болезненные при пальпации. Выделения гноевидные в небольшом количестве.

Диагноз? План лечения, возможный объем оперативного лечения.

Задача № 26

Больная 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость головокружение. Больна 8 дней: после 2-х месячного отсутствия менструаций начались кровянистые умеренные выделения, усилившиеся в последние 2 дня. Менструации с 14 лет нерегулярные, по 3-4 дня умеренные, безболезненные. Половой жизнью не живет. Из анамнеза: перенесла в детстве корь, инфекционный паротит, коревую краснуху, скарлатину. Наследственность не отягощена. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, молочные железы развиты слабо. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пульс 90 уд/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: гемоглобин – 65 г/л, эритроцитов 2,7×10 12 в/л.

Оволосение на лобке по женскому типу, выражено умеренно. Отмечается гипоплазия больших и малых губ. Девственная плева не нарушена. Ректальное исследование: тело матки меньше нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются.

Диагноз? План обследования и лечения.

Задача № 27

Больная В., 45 лет, обратилась в консультацию с жалобами не кровянистые выделения из влагалища после коитуса. Больна 2 месяца, не обследовалась. Из анамнеза: менструации регулярные с 13 лет по 3-4 дня через 26 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Имела 2 срочных родов без осложнений, три искусственных аборта без осложнений. Гинекологом осматривалась последний раз 2 года тому назад. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована. На передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2×2 см., кровоточащая при дотрагивании до нее инструментом. Влагалищное исследование: шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды глубокие. Ректальное исследование: надвлагалищная часть шейки матки несколько уплотнена, но не увеличена. Инфильтрация в малом тазу не определяется.

План обследования? Лечение?

Задача № 28

Больная 47 лет обратилась с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Больна 2 года, в течение которых менструации стали обильные и продолжительные. Не лечилась. В анамнезе: менструации с 11 лет, регулярные по 7 дней через 21 день, умеренные. Половая жизнь с 30 лет. Имела 3 беременности: первые две закончились искусственными абортами, третья - правосторонней трубной беременностью, оперирована - тубэктомия. Перенесла острый левосторонний аднексит. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, неоднородной консистенции, чувствительная. Слева придатки плотные, слегка увеличены, чувствительные. Выделения кровянистые, умеренные.

Диагноз? План обследования и лечения?

Задача№ 29

Больная 50 лет обратилась в консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева, в течение месяца. В течение 10 лет на учете по поводу миомы матки. Менструации с 11 лет регулярные, умеренные, безболезненные по 7 дней через 28 дней. Половая жизнь с 28 лет. Имела 1 срочные роды без осложнений и 1 искусственный аборт в срок 7 недель с повторным выскабливанием матки. Объективно: патологических изменений внутренних органов не выявлено. Влагалищное исследование: матка увеличена до 14 недель беременности со множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, болезненная по левому ребру. Придатки не определяются. Выделения слизистые умеренные.

Диагноз? План лечения? Какие показания к оперативному лечению?

Задача № 30

Больная 40 лет обратилась с жалобами на зуд в области наружных половых органов, обильные гноевидные бели с запахом. Больна в течение 2-х недель, заболевание связывает с половым контактом. Менструальная функция не изменена. В анамнезе 2 родов, 2 аборта без осложнений. В браке не состоит, от беременности не предохраняется. Объективно: со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. В зеркалах: слизистая вульвы, влагалища гиперемирована с точечными кровоизлияниями. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения гноевидные, жидкие, пенистые с неприятным запахом. Матка и придатки без особенностей.

Диагноз? Объем обследования и план лечения?

Задача № 31

Больная 32-х лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на скудные кровянистые выделения после искусственного аборта в течение 1 месяца с перерывами. Выписана после аборта через сутки с сукровичными выделениями. Имела 2 срочных родов и 3 аборта без осложнений. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка слегка увеличена, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, темного цвета, в небольшом количестве, во время исследования усилились.

Диагноз? Тактика?

Задача № 32

У больной 32 лет после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли, кровянистые выделения из половых путей, вместе с которыми из половых путей выделился кусочек ткани в виде ''пленки". Приступ болей сопровождался обморочным состоянием и холодным потом. По поводу наступившего кровотечения было произведено выскабливание матки, после которого кровотечение временно прекратилось; через 1 день вновь появились кровянистые выделения, но обильнее. Тупые, ноющие боли внизу живота, больше слева Больная бледная пульс 120 ударов в минуту, слабый.

Р.V.: наружный зев шейки матки закрыт. Матка в положении антеверзио, незначительно увеличена, размягчена, безболезненна. Справа придатки без особенностей, слева - болезненная пастозная опухоль без четких контуров.

Диагноз? Лечение?

Задача № 33

Больная 34 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильное кровотечение из половых путей. Последняя менструация 2 месяца назад, считала себя беременной. На учете по беременности не состоит. В течение последней недели беспокоят боли внизу живота и появились кровянистые выделения. К врачу не обращалась.

Р.V.: влагалище рожавшей женщины. Шейка укорочена. Цервикальный канал пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности мягкая при пальпации, чувствительная, обильное кровотечение со сгустками.

Диагноз?

Лечение?