

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УВР и МП
д.м.н., доцент
И.А. Соловьева
29" июня 2022

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
Гинекология
для подготовки обучающихся
по специальности ординатуры 31.08.30 Генетика

Красноярск
2022

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине

Гинекология

Специальность ординатуры: 31.08.30 Генетика

Квалификация выпускника: врач-генетик

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол N 11 от
29 июня 2022 г.).

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого Минздрава России,
2022

Содержание

1. Критерии оценивания
2. Тесты
3. Практические навыки
4. Ситуационные задачи

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

2. Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

<i>Показатель оценки результатов обучения</i>	<i>Уровень сформированности компетенции</i>	<i>Шкала оценивания</i>
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу	-/-	2 - "неудовлетворительно"

выполненных параметров - менее 70%		
------------------------------------	--	--

3. Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"

<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, ординатор не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

Тесты

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЗРАЧКА В СЕРЕДИНЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ</p> <p>1) о наличии гиперандрогении 2) об укорочении II фазы цикла 3) о наличии ановуляторного цикла 4) об укорочении I фазы цикла 5) об отсутствии нарушений в течении обеих фаз</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
2.	<p>ПРИ ДВУХФАЗНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ АРБОРИЗАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ СООТВЕТСТВУЕТ</p> <p>1) 4-му дню менструального цикла 2) 7-му дню менструального цикла 3) 10-му дню менструального цикла 4) 13-му дню менструального цикла 5) 16-му дню менструального цикла</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
3.	<p>ПРИ МИКРОСКОПИИ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА, ОЦЕНИВАЮЩЕГО ЭНДОКРИННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ, НЕ УЧИТЫВАЮТ:</p> <p>1) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия 2) степень окраски протоплазмы клеток 3) величину ядер клеток 4) соотношение эпителиальных клеток 5) количество лейкоцитов</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
4.	<p>ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА НА ГРАФИКЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОЙ ФАЗЫ МЕНЕЕ</p> <p>1) 15-16 дней 2) 17-18 дней 3) 19-20 дней 4) 10-12 дней 5) 22-23 дней</p>	4	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
5.	<p>КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ОТНОШЕНИЕ</p> <p>1) эозинофильных поверхностных</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке</p> <p>2) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке</p> <p>3) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке</p> <p>4) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам</p> <p>5) общее число поверхностных клеток в мазке</p>			
6.	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ОРГАНИЗМА МАЗКИ НА КОЛЬПОЦИТОЛОГИЮ НАДО ИССЛЕДОВАТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p> <p>1) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15</p> <p>2) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14</p> <p>3) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27</p> <p>4) 3, 10, 16, 20, 25</p> <p>5) 7, 14, 21, 29</p>	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
7.	<p>ЧТО ТАКОЕ МЕНОРРАГИЯ?</p> <p>1) регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней</p> <p>2) нерегулярные менструации</p> <p>3) отсутствие менструации</p> <p>4) болезненные менструации</p> <p>5) редкие менструации, наступающие через 36 дней и более</p>	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
8.	<p>К ОСОБЕННОСТИ ВЗЯТИЯ МАЗКОВ НА ФЛОРУ ОТНОСЯТ</p> <p>1) мазки берутся только из уретры</p> <p>2) мазки необходимо брать после назначения антибактериальных препаратов</p> <p>3) перед взятием мазков больная должна помочиться</p> <p>4) в день взятия мазков женщина должна подмыться</p> <p>5) мазки берутся на предметное стекло из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища</p>	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
9.	<p>ДЛЯ ОЛИГОМНОРЕИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1) интервал между месячными менее 21 дня</p> <p>2) интервал между месячными более 35</p>	2	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>дней</p> <p>3) отсутствие менструаций</p> <p>4) резко болезненные менструации</p> <p>5) ациклические маточные кровотечения</p>			
10.	<p>АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ СЧИТАЕТСЯ ТАЗ, В КОТОРОМ ХОТЯ БЫ ОДИН ИЗ НАРУЖНЫХ РАЗМЕРОВ УМЕНЬШЕН НА</p> <p>1) 0,5 см</p> <p>2) 1 см</p> <p>3) 1-1,5 см</p> <p>4) 1,5-2 см</p> <p>5) 0,5-1 см</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
11.	<p>К ОСНОВНЫМ НАРУЖНЫМ РАЗМЕРАМ ТАЗА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1) distantia spinarum</p> <p>2) distantia cristarum</p> <p>3) distantia trochanterica</p> <p>4) conjugata vera</p> <p>5) conjugata externa</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
12.	<p>ТАЗ С НАРУШЕННЫМИ РАЗМЕРАМИ 23-26-28-18СМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) простым плоским</p> <p>2) плоскоррахитическим</p> <p>3) общеравномерносуженным</p> <p>4) общесуженным плоским</p> <p>5) поперечно-суженным</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
13.	<p>КАКАЯ ФАЗА МАТОЧНОГО ЦИКЛА ВЫПАДАЕТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПЕРСИСТЕНЦИИ ФОЛИКУЛА?</p> <p>1) десквамации</p> <p>2) регенерации</p> <p>3) пролиферации</p> <p>4) секреции</p> <p>5) все перечисленное</p>	4	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
14.	<p>ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ АНОВУЛЯЦИИ НЕ ПРОВОДЯТ</p> <p>1) измерение базальной температуры</p> <p>2) гистероскопию</p> <p>3) УЗИ</p> <p>4) исследование содержания гормонов в плазме крови</p> <p>5) лапароскопию с биопсией яичника</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
15.	<p>ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ</p> <p>1) полипы эндометрия</p> <p>2) миома матки</p> <p>3) дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы</p> <p>4) эндометриоз</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9

	5) системная красная волчанка			
16.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРОХОДИМОСТИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) метросальпингография 2) гидросонография 3) пертубация 4) фертилоскопия 5) лапароскопия с хросомальпингоскопией</p>	5	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
17.	<p>ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕСПЛОДНОЙ ПАРЫ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С</p> <p>1) диагностики состояния маточных труб 2) обследования мужчины 3) генетического обследования 4) измерения теста базальной температуры у женщины 5) изучения генеалогического дерева</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
18.	<p>ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АБОРТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) острый эндометрит 2) плацентарный полип 3) перфорация матки 4) гематометра 5) острый метроэндометрит</p>	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
19.	<p>ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ - ЭТО</p> <p>1) кровотечение при субмукозной миоме матки 2) кровотечение при дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы 3) кровотечение при аденомиозе 4) кровотечение при опухоли яичника 5) кровотечение при аденоматозе</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
20.	<p>ПРИ АБСОЛЮТНОМ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИНЫ ПОКАЗАНО</p> <p>1) донорство яйцеклетки 2) ЭКО 3) ИКСИ 4) инсеминация спермой донора 5) суррогатное материнство</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
21.	<p>ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КУЛЬДОЦЕНТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) подозрение на плацентарный полип 2) подозрение на прервавшуюся трубную беременность 3) подозрение на хронический</p>	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9

	эндометрит 4) подозрение на острый эндометрит 5) подозрение на прогрессирующую трубную беременность			
22.	МЕТРОРРАГИЯ ЭТО 1) короткие менструации 2) ациклические, нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл 3) длительные обильные менструации 4) длительные необильные менструации 5) отсутствие менструаций	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
23.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АБСОЛЮТНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИНЫ С СИНДРОМОМ РОКИТАНСКОГО-КЮСТНЕРА-МАЙЕРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1) донорство яйцеклетки 2) ЭКО 3) ИКСИ 4) инсеминация спермой донора 5) суррогатное материнство	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
24.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ И ДЛИНЫ ПОЛОСТИ МАТКИ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) пулевые щипцы 2) расширитель Гегара 3) зеркало Куско 4) маточный зонд 5) абортанг	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
25.	ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАЧИНАЮТ С 1) андрогенов 2) гестагенов 3) раздельного диагностического выскабливания стенок матки под контролем 4) противовоспалительной терапии 5) симптоматической терапии	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
26.	БЕСПЛОДИЕМ СЧИТАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 1) 18 месяцев 2) 6 месяцев 3) 12 месяцев 4) 24 месяцев 5) 36 месяцев	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
27.	ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ	2	ВК	ПК-5, ПК-9

	КУЛЬДОЦЕНТЕЗА ШЕЙКУ МАТКИ ФИКСИРУЮТ 1) за переднюю губу 2) за заднюю губу 3) не фиксируют 4) за переднюю и заднюю губу одновременно 5) подъемником Отта		ТК ГИА	
28.	ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ (ПО УЗИ: М-ЭХО 24 ММ, НЕРАВНОМЕРНЫЙ) НАЧИНАЮТ С 1) гормонального гемостаза 2) раздельного диагностического выскабливания стенок матки под контролем гистероскопии 3) циклической витаминотерапии 4) иммунотерапии 5) антибактериальной терапии	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
29.	ДЛЯ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ: 1) КОК 2) прогестины 3) агонисты гонадолиберина 4) физиолечение 5) кломифен	5	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
30.	ДЛЯ ФИКСАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КУЛЬДОЦЕНТЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ 1) абортанг 2) зеркало Куско 3) зеркало Симса 4) пулевые щипцы 5) кюретку	4	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
31.	АСПЕРМИЯ – ЭТО 1) отсутствие спермы 2) отсутствие подвижных сперматозоидов 3) малое количество спермы 4) наличие аномальных форм сперматозоидов 5) нет правильного ответа	1	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
32.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВВОДЯТ 1) окситоцин 2) клофелин 3) прозерин 4) дротаверин 5) гексопреналин	3	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
33.	МЕНОПАУЗА ЭТО: 1) дата первой менструации	2	ВК ТК	ПК-5, ПК-9

	2) дата последней менструации 3) фаза маточного цикла 4) фаза яичникового цикла		ГИА	
34.	СРЕДНЯЯ ДЛИНА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ СОСТАВЛЯЕТ 1) 5-6 см 2) 3-4 см 3) 16-17 см 4) 18-19 см 5) 10-12 см	5	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
35.	ДЛЯ ТЕРАПИИ КС ИСПОЛЬЗУЮТ: 1) гестагены 2) эстрогены 3) андрогены 4) КОК 5) все перечисленное	4	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
36.	СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ 1) напряженное грыжевое выпячивание 2) острая боль 3) положительный симптом кашлевого толчка 4) непроходимость кишечника 5) повышенный тонус матки	3	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
37.	СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ 1) холецистите 2) перфоративной язве желудка 3) аппендиците 4) кишечной непроходимости 5) ПОНРП	2	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
38.	ПРИ КС ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ 1) ФСГ 2) Пролактина 3) Тестостерона и эстрогенов 4) Прогестерона	1	ВК ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
39.	ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 1) острого перитонита 2) отечной формы панкреатита 3) инвагинации кишечника 4) желудочного кровотечения 5) ПОНРП	1	ВК ТК ГИА	ПК-5, ПК-9
40.	ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ЗГТ НЕОБХОДИМЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) ЭЭГ 2) Краниография 3) Мазок на АК с цитологией 4) ФЛГ грудной клетки 5) Иригоскопия	3	ВК ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

41.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭЛЕВАЦИИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тяжелый физический труд 2) спаечный процесс 3) роды крупным плодом 4) нарушение мышц тазового дна 5) нет верного ответа 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
42.	<p>ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН В ОСНОВНОМ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стафилококка 2) вируса краснухи 3) трихомонады 4) анаэробов 5) грибов рода Candida 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
43.	<p>ПРИ НАЛИЧИИ ДВУРОГОЙ МАТКИ И БЕСПЛОДИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рассечение внутриматочной перегородки с помощью гистерорезектоскопа 2) метропластику по Штрассману 3) удаление одного из рогов матки 4) операцию Лефора 5) брюшинный кольпопоз 	2	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
44.	<p>ПРИ НАЛИЧИИ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ЗАМКНУТОГО РУДИМЕНТАРНОГО РОГА МАТКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гистерэктомию 2) метропластику по Штрассману 3) удаление рудиментарного рога матки 4) операцию Берча 5) нет верного ответа 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
45.	<p>В ЯИЧНИКАХ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лютеинизирующий гормон, ФСГ, Прл 2) гонадотропинрилизинг-гормон, ФСГ, Прл 3) эстрогены, андрогены, прогестерон 4) кортизол, катехоламины, альдостерон, андрогены 5) адреналин, норадреналин, дофамин 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
46.	<p>НА НАЛИЧИЕ У ЖЕНЩИНЫ АНОВУЛЯТОРНОГО ЦИКЛА УКАЗЫВАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение базальной температуры сразу после менструации 2) повышение базальной температуры в середине цикла 	3	<p>ВК ТК ГИА</p>	ПК-1, ПК-5

	<p>3) монотонная базальная температура</p> <p>4) недостаточный подъем базальной температуры во 2 фазе</p> <p>5) скачкообразное изменение базальной температуры с 3 по 7 день цикла</p>			
47.	<p>В ЖЕЛТОМ ТЕЛЕ ЯИЧНИКА ПРОИСХОДИТ СИНТЕЗ ПРИМУЩЕСВЕННО</p> <p>1) пролактина</p> <p>2) прогестерона</p> <p>3) андрогенов</p> <p>4) окситоцина</p> <p>5) кортизола</p>	2	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7
48.	<p>К УСЛОВИЯМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПРОНИКНОВЕНИЮ МИКРОБОВ В МАТКУ И ЕЕ ПРИДАТКИ ОТНОСЯТ</p> <p>1) наличие сомкнутой половой щели</p> <p>2) соблюдение гигиены половой жизни</p> <p>3) нарушение функции самоочищения влагалища</p> <p>4) ушивание разрывов шейки матки после родов</p> <p>5) нормальный биоценоз влагалища</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-5, ПК-9
49.	<p>РАК ШЕЙКИ МАТКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <p>1) 50-60</p> <p>2) до 30</p> <p>3) 30-40</p> <p>4) 40-50</p> <p>5) после 60</p>	1	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-1, ПК-5
50.	<p>В структуре онкологической заболеваемости ЖПО на 1 месте по частоте возникновения стоит</p> <p>1) рак яичников</p> <p>2) рак эндометрия</p> <p>3) рак шейки матки</p> <p>4) рак вульвы</p> <p>5) хорионкарцинома</p>	3	<p>ВК</p> <p>ТК</p> <p>ГИА</p>	ПК-6, ПК-7

Практические навыки

№	Оценочные средства	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Владеть клинико-генеалогическим методом	ТК, ГИА	ПК-7
2.	Владеть методикой расчёта генетического риска	ТК, ГИА	ПК-7
3.	Уметь подтверждать и исключать наследственную и врождённую патологию - оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов, в т.ч. специальных молекулярно-генетических	ТК, ГИА	ПК-7
4.	Уметь осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью дальнейшего обследования пациентов	ТК, ГИА	ПК-7
5.	Уметь самостоятельно проводить и организовывать проведение диагностических, лечебных, реабилитационных процедур и мероприятий у пациенток с гинекологическими заболеваниями при наличии наследственной патологии	ТК, ГИА	ПК-6, ПК-9
6.	Владеть навыками оценки и интерпретации данных генетических исследований	ТК, ГИА	ПК-6
7.	Владеть методикой выбора и взятия биологического материала для исследований	ТК, ГИА	ПК-6
8.	Уметь сформулировать предварительный диагноз и составить план лабораторного и инструментального обследования у пациенток гинекологического профиля	ТК, ГИА	ПК-5
9.	Владеть навыками оценки полученных лабораторных и инструментальных данных	ТК, ГИА	ПК-5
10.	Собрать анамнез и особенности течения беременности	ТК, ГИА	ПК-1
11.	Уметь оценивать медицинские противопоказания к сохранению беременности	ТК, ГИА	ПК-1
12.	Уметь определить показания к применению специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических, иммуноферментных, радиоизотопных, биохимических, функциональных), необходимых для уточнения акушерско-гинекологической патологии	ТК, ГИА	ПК-1
13.	Владеть навыками выявления факторов риска развития различной акушерско-гинекологической патологии при наличии наследственного заболевания, организации проведения мер профилактики	ТК, ГИА	ПК-1
14.	Владеть методикой синдромологического подхода к диагностике наследственных болезней	ТК, ГИА	ПК-9

15.	Уметь внедрять современные методы диагностики и профилактики наследственных болезней	ТК, ГИА	ПК-9
16.	Уметь оценить результаты лабораторных методов диагностики	ТК, ГИА	ПК-9
17.	Владеть методикой проведения генетического анализа	ТК, ГИА	ПК-9
18.	Владеть навыками формулировки показаний для направления пациентов на цитогенетическое, молекулярно-генетическое и биохимическое исследование	ТК, ГИА	ПК-9

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
001	<p>Больная 27 лет. Обратилась с жалобами на творожистые выделения с запахом. При осмотре – гиперемия вульвы, влагиалища, взят мазок.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какое обследование необходимо провести дополнительно?</p> <p>3. Поставьте клинический диагноз?</p> <p>4. Этиопатогенез заболевания.</p> <p>5. Противогрибковая терапия данного заболевания.</p>	<p>Ответ 1: Кандидозный вульвовагинит или вагинальный дисбактериоз</p> <p>Ответ 2: Посев соскоба для антибиотикограммы</p> <p>Ответ 3: Кандидозный вульвовагинит.</p> <p>Ответ 4: Кандидозный вульвовагинит - инфекционное поражение слизистой вульвы и влагиалища, вызываемое дрожжеподобными грибами рода <i>Candida</i>. Поражает, как правило, женщин репродуктивного возраста, реже встречается у девушек и женщин в периоде пери- и постменопаузы. Возбудителем кандидозного вульвовагинита являются дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>. Грибы рода <i>Candida</i> - условно-патогенные микроорганизмы - в качестве сапрофитов обитают на кожных покровах и слизистых оболочках здоровых людей. Грибы рода <i>Candida</i> могут быть выделены из влагиалища практически здоровых женщин при отсутствии клинических признаков кандидозного вульвовагинита (носительство). При определенных условиях под действием экзогенных</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

		<p>и/или эндогенных факторов эти грибы становятся патогенными, вызывая заболевание.</p> <p>Ответ 5: Для лечения кандидозного вульвовагинита в настоящее время используются следующие основные противогрибковые препараты: препараты полиенового ряда: нистатин, леворин, амфотерицин В; препараты имидазолового ряда: кетоконазол, клотримазол, миконазол, бифоназол; препараты триазолового ряда: флуконазол, итраконазол; прочие: гризеофульвин, флуцитозин, нитрофунгин.</p>		
002	<p>Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2-2 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.</p> <p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?</p> <p>3. Какое лечение Вы</p>	<p>Ответ 1: Рак шейки матки I ст.</p> <p>Ответ 2: Расширенная кольпоскопия, биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное скенирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.</p> <p>Ответ 3: Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.</p> <p>Ответ 4: Расширенная экстирпация матки с</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>предлагаете?</p> <p>4. Объем операции?</p> <p>5. В чём заключается простая кольпоскопия?</p>	<p>лимфаденэктомией</p> <p>Ответ 5: Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа</p>		
003	<p>К врачу-гинекологу женской консультации обратилась пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.</p> <p>1. Предположительный диагноз?</p> <p>2. Каковы причины развития заболевания у данной больной?</p> <p>3. Необходимое обследование</p>	<p>Ответ 1: Атрофический (сенильный) кольпит.</p> <p>Ответ 2: Возрастная гипоэстрогения, бесконтрольное применение спринцеваний влагалища.</p> <p>Ответ 3: Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипичные клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза.</p> <p>Ответ 4: Рак шейки матки, рак эндометрия, ИППП.</p> <p>Ответ 5: Местносанирующее лечение с применением антибиотиков (с учетом выделенной флоры и антибиограммы), препаратов с эстрогенами. Назначение иммуномодуляторов, антигистаминных препаратов. В качестве профилактики рецидивов местное (интравагинальное) пожизненное применение свечей с эстрогенами</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-9</p>

	<p>для уточнения диагноза? 4.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференци-альную диагностику? 5. Лечение и профилактика рецидивов?</p>	(Овестин).		
004	<p>Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца.Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь в браке, регулярная, без контрацепции.При осмотре: АД 160/100 мм рт.ст., PS 68. ИМТ = 34. Аcantosis nigricans (+).При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Клитор нормальных размеров. Слизистая входа во влагалище розовая, блестит, без воспалительных явлений. PS. Шейка матки коническая, не эрозирована. Из цервикального канала скудные кровянистые выделения. PV. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.</p> <p>1) Наиболее вероятный диагноз? 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3) Тактика врача женской консультации? 4) План обследования?</p>	<p>Ответ 1: Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.</p> <p>Ответ 2: Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Внематочная беременность.</p> <p>Ответ 3: Направить больную в гинекологический стационар.</p> <p>Ответ 4: Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β-ХГ.</p> <p>Ответ 5: Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	5) Лечение?			
005	<p>Ситуационная задача №13: У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.</p> <p>1) Предполагаемый диагноз? 2) Составьте план обследования больной. 3) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? 4) Какова лечебная тактика? 5) Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?</p>	<p>Ответ 1: Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи на фоне врожденного заболевания крови. Постгеморрагическая анемия I степени.</p> <p>Ответ 2: Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, УЗИ гениталий, вагиноскопия, консультация невропатолога, гематолога, педиатра.</p> <p>Ответ 3: С дисфункциональным маточным кровотечением пубертатного периода, патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью.</p> <p>Ответ 4: Точная диагностика и лечение заболевания крови.</p> <p>Ответ 5: При наличии ДМК – гормональный гемостаз.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7
006	<p>К гинекологу ж/к обратилась пациентка 56 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, которые беспокоят ее в течение 6 месяцев. В настоящее время постменопауза в 7 лет, в течение этого времени гинекологом не осматривалась. В возрасте 46 впервые была диагностирована миома матки (размеры матки соответствовали 6 неделям</p>	<p>Ответ 1: Миома матки с отмеченным ростом в постменопаузе.</p> <p>Ответ 2: Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с доплерометрией сосудов матки и миоматозного узла, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, фракционное</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>беременности), лечения не получала, менструальная функция была не нарушена. В анамнеза 2 родов. Из соматических заболеваний: сахарный диабет II типа, ожирение I ст. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, параметрии свободные, своды глубокие безболезненные.</p> <p>1) Предположительный диагноз? 2) Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении? 3) С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика? 4) Лечение? 5) Каков объем операции в случае оперативного лечения?</p>	<p>выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов.</p> <p>Ответ 3: Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки</p> <p>Ответ 4: Оперативное.</p> <p>Ответ 5: Экстирпация матки с придатками.</p>		
007	<p>Больной К. 34 года. При обследовании в малом тазу с обеих сторон от матки пальпируется плотное ограниченно подвижное образование размером 7x8 и 6x9 см. Год назад была произведена операция - резекция желудка и патологических изменений со стороны придатков не было.</p> <p>1) Назначьте план обследования. 2) Каков предполагаемый диагноз? 3) План лечения? 4) Назовите факторы риска возникновения рака яичников. 5) Назовите известные Вам метастатические опухоли яичников.</p>	<p>Ответ 1: Общеклиническое обследование, включая исследование органов желудочно-кишечного тракта (гастроскопия, колоноскопия), УЗИ органов малого таза, исследование онкомаркера крови СА-125.</p> <p>Ответ 2: Метастатическая опухоль яичника или опухоль Крукенберга (метастаз рака желудка в яичники).</p> <p>Ответ 3: Оперативное лечение в объеме пангистерэктомии, резекция большого сальника. Системная</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

		<p>химиотерапия.</p> <p>Ответ 4: Раннее менархе и поздняя менопауза, т.е. длительный репродуктивный период. «Нереализованная» репродуктивная функция, отсутствие или позднее начало половой жизни, отсутствие беременностей или родов.</p> <p>Предшествующий рак любой гормонозависимой локализации.</p> <p>Ответ 5: Опухоль Крукенберга – метастаз рака желудка в яичник, метастазы рака эндометрия, молочной железы в яичники</p>		
008	<p>Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности. В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад. Считает себя больной в течение последнего года. При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный. При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения.</p>	<p>Ответ 1: Быстрорастущая множественная миома матки с субмукозным расположением узла. Подозрение на перерождение в саркому. Постгеморрагическая анемия.</p> <p>Ответ 2: Меноррагия.</p> <p>Ответ 3: Рак матки. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) матки.</p> <p>Ответ 4: УЗИ гениталий. Гистеросальпингография. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Кольпоскопия. Мазок с шейки матки на онкоцитологию.</p> <p>Ответ 5: Оперативное.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые. Анализ крови: Hb – 94 г/л.</p> <p>1) Наиболее вероятный диагноз? 2) Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной. 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 4) Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза? 5) Лечение?</p>			
009	<p>Б-ная 28-и лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6-ь нед. В возрасте 20-и лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает. Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и кзади от матки пальпируется образование размером 8x8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаяное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.</p> <p>1) Предполагаемый диагноз.</p>	<p>Ответ 1: Эндометриоидная кистама правого яичника. Ответ 2: Справа и кзади от матки пальпируется образование размером 8x8 см тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаяное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Ответ 3: Диспансерное наблюдение за большими эндометриозом проводится на различных этапах – в процессе обследования и проведения консервативного лечения, после операций, лечение неврологических и психоневрологических последствий эндометриоза, нормализация функций органов и систем, восстановление репродуктивного</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-9</p>

	<p>2) Обоснование диагноза. 3) Принципы диспансерного наблюдения. 4) Лечебная тактика. 5) Дополнительное обследование.</p>	<p>здоровья. Ответ 4: Хирургическое лечение с последующей гормональной терапией. Ответ 5: УЗИ малого таза.</p>		
010	<p>Больная Р., 42 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на периодические слизисто-гнойные бели. Данные жалобы беспокоят больную в течение 6 месяцев, ранее не обследована. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Менструации с 12 лет, регулярные, через 25-26 дней по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Живет половой жизнью с 19 лет, в браке, контрацепция – барьерная. Было три беременности, одна из которых закончилась нормальными родами, а две другие медицинскими абортми без осложнений. Из гинекологических заболеваний в анамнезе: в возрасте 27 лет по поводу эктопии шейки матки была произведена криодеструкция, контрольная кольпоскопия после лечения не проводилась. Соматически здорова. Гинекологический осмотр: наружные гениталии без особенностей, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки гипертрофирована, на задней губе шейки матки имеются возвышающиеся белесоватые участки с четкими контурами. Выделения слизисто-гноевидные в незначительном количестве. Влагалищное исследование: влагалище емкое, свободное. Шейка матки несколько</p>	<p>здоровья. Ответ 1: Лейкоплакия шейки матки. Ответ 2: Рак шейки матки, сифилитическая язва, герпетические поражения шейки матки с воспалительными осложнениями, цервицит с гнойными наложениями, ПВИ (плоские кандиломы). Ответ 3: Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, анализ крови на RW, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральный метод), бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и заднего свода, гистология биоптатов шейки матки. Ответ 4: На основании гистологического исследования биоптата шейки матки. Ответ 5: Курс местносанирующего лечения в течение 10-14 дней с последующей конизацией шейки с помощью одного из видов хирургической энергии (диатермоэлектроконизация, радиохирургическая конизация).</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5</p>

	<p>гипертрофирована, цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные.</p> <p>1) Предположительный диагноз? 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3) Составьте план обследования больной? 4) На основании какого метода исследования может быть окончательно верифицирован диагноз? 5) Лечение?</p>			
011	<p>Больная К., 37 лет, обратилась в гинекологическую клинику с жалобами на кровяные выделения из половых путей. В анамнезе: 1 роды, два медицинских аборта. Менструации регулярные. В последние 6 месяцев появились жидкие серозно-желтые выделения из влагалища с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровянистые выделения. При объективном осмотре патологии со стороны органов грудной клетки и внутренних органов не обнаружено. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, форма её бочкообразная, темно-багрового цвета, с выраженной сетью капилляров, неподвижная. Из цервикального канала кровяные выделения. Влагалищное исследование: шейка матки плотная, ассиметрична, бочкообразной</p>	<p>Ответ 1: Рак шейки матки, эндофитная форма. Ответ 2: II-Б Ответ 3: Шеечная беременность, аборт в ходу, полип цервикального канала, рак матки, миома матки с шеечной локализацией узла. Ответ 4: УЗИ гениталий с доплерометрией, КТ или ЯМР малого таза, цистоскопия, ректороманоскопия, гистероскопия, цервикоскопия, фракционное выскабливание слизистой матки с гистологией соскобов, определение ХГ в плазме крови, ангио- и лимфография. Ответ 5: Сочетанная лучевая терапия.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>формы, ограничена в движении. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. В области параметрия через боковые своды определяются плотные инфильтраты, не достигающие до стенок таза. Ректальное исследование: ампула прямой кишки свободна, слизистая ее подвижна, шейка матки гипертрофированная, плотная. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, не достигающие до стенок таза.</p> <p>1) Предположительный диагноз? 2) Предположительно стадия заболевания? 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4) Составьте план обследования больной. 5) Лечение?</p>			
012	<p>Женщина 33 лет начала отмечать 2 месяца назад появление геморрагических выделений из соска правой молочной железы. Акушерский анамнез не отягощен. Имеет одного ребенка. Состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. При осмотре молочные железы и их соски не изменены, при пальпации нечетко пальпируется опухоль диаметром до 1 см. в толще железы под соском. При надавливании на правый сосок появляются кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены.</p> <p>1) Какие заболевания молочной железы могут быть у больной? 2) Какие симптомы, указывающие на рак молочной железы необходимо проверить?</p>	<p>Ответ 1: Аденома Фиброаденома Рак Педжета. Узловая мастопатия. Гематома</p> <p>Ответ 2: Симптомы Кенига, «площадки», умбиликации и «лимонной корки».</p> <p>Ответ 3: 3.1 УЗИ – узловое образование в толще железы. УЗИ не позволяет на 100% точно установить характер патологического процесса. 3.2 Маммография – тени неправильной формы, могут быть кальцинаты. рентгенологический метод также не позволяет во всех случаях поставить окончательный диагноз. 3.3 Цитологическое исследование выделений из соска – можно</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>3) Какие методы исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза, ожидаемые результаты?</p> <p>4) Определите тактику лечения больной.</p> <p>5) Опишите этапы операции.</p>	<p>обнаружить опухолевидные клетки.</p> <p>3.4 Пункционная биопсия, но окончательно решает диагностическую проблему</p> <p>тотальная биопсия.</p> <p>Ответ 4: Плановое хирургическое лечение.</p> <p>Ответ 5: - Радиальный разрез кожи, - Обнажение опухоли протока; - Иссечение опухоли в пределах здоровых тканей; - Срочное гистологическое исследование опухоли – При отсутствии злокачественного процесса ушивание раны.</p>		
013	<p>Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку.</p> <p>1) Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?</p> <p>2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?</p> <p>3) Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза?</p> <p>4) Сформулируйте окончательный диагноз.</p> <p>5) Назначьте лечение.</p>	<p>Ответ 1: Левосторонняя мастопатия.</p> <p>Ответ 2: рак молочной железы, - киста левой молочной железы, - фиброаденома молочной железы.</p> <p>Ответ 3: Клинический анализ крови, мочи – патологии нет. Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами. Пункционная биопсия – картина фиброзно-кистозной мастопатии.</p> <p>Ответ 4: Кистозно-фиброзная мастопатия, узловатая форма.</p> <p>Ответ 5: Оперативное – секторальная резекция молочной железы.</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5
014	<p>В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу,</p>	<p>Ответ 1: Острый эндометрит.</p> <p>Правосторонний параметрит.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

<p>слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, достигающий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.</p> <p>1) Предварительный диагноз? 2) План дообследования больной? 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4) Лечение?</p>	<p>Ответ 2: Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки.</p> <p>Ответ 3: Рак шейки матки, пельвиоперитонит, аппендикулярный инфильтрат.</p> <p>Ответ 4: Проведение комплексной противовоспалительной терапии (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.</p> <p>Ответ 5: Необходимо проведение нескольких курсов физиопроцедур, циклической витаминотерапии, биогенные стимуляторы, монофазные КОК. Через 2 месяца – санаторно-курортное лечение.</p>		
---	--	--	--

	5) Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии			
015	<p>Пациентка 57лет жалуется на приливы, чувство жара, раздражительность, бессонницу, утомляемость, сердцебиение, плохое самочувствие, боли в суставах, снижение либидо. Менопауза 5 лет. Соматический и гинекологический статус без особенностей. Объективно: астеничная, осанка сутулая, АД 140/80 мм.рт.ст. PS 70 в мин. При гинекологическом обследовании патологии не выявлено.</p> <p>1) Предположительный диагноз? 2) Дифференциальный диагноз? 3) Какие гормональные обследования необходимы? 4) Лечение? 5) Прогноз?</p>	<p>Ответ 1: КС Ответ 2: с СС патологией, щитовидной железы Ответ 3: ФСГ, ТТГ, Т4, Прл; Ответ 4: ЗГТ - ливиал, паузогест Ответ 5: Благоприятный.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-5, ПК-9</p>
016	<p>Пациентка 26 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли в низу живота. Боли появились после лечения на южном курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 17 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 5 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37 градусов, пульс 78 в 1 мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.</p> <p>1) Предположительный диагноз. 2) Составьте план дообследования больной. 3) Наиболее вероятные причины бесплодия у данной больной? 4) В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?</p>	<p>Ответ 1: Хроническое воспаление придатков матки (не исключается генитальный туберкулез). Нарушение менструального цикла. Бесплодие I.</p> <p>Ответ 2: Общеклинические анализы крови и мочи, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала и эндометрия на туберкулез и ИППП методом ПЦР. Гистеросальпингография. Гистероскопия с биопсией эндометрия. Бактериологическое исследование содержимого полости матки. Туберкулинодиагностика. Рентгенография легких. УЗИ органов малого таза.</p>	<p>ТК ГИА</p>	<p>ПК-1, ПК-5</p>

	<p>5) Реабилитационные мероприятия после основного курса терапии?</p>	<p>Лапароскопия с биопсией яичников и маточных труб. Ответ 3: Наличие внутриматочных синехий, хроническая ановуляция, поражение маточных труб с нарушением их проходимости, спаечный процесс в области малого таза. Ответ 4: Лечение проводят в стационаре назначением противотуберкулезной химиотерапии, общеукрепляющей и иммуномодулирующей терапии, физиолечения. По показаниям – хирургическое лечение. Ответ 5: Проводится несколько курсов физиолечения, биогенные стимуляторы, циклическая витаминотерапия, санаторно-курортное лечение. Для стимуляции регенерации эндометрия – циклическая гормонотерапия.</p>		
017	<p>Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли в низу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 12 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов. Из анамнеза: в возрасте 20 лет больная перенесла аппендэктомия. Менструации с 14 лет, по 3-4 дня, цикл 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта. Роды и аборты без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был</p>	<p>Ответ 1: Острое воспаление придатков матки. Пельвиоперитонит. Кольпит. (не исключается специфической этиологии). Ответ 2: Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из влагалища и цервикального канала на флору, gn, трихомонады и прочие ИППП; УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия. Ответ 3: О. аппендицит, внематочная беременность. Ответ 4: Лечение начинают с</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>незащищенный половой акт со случайным половым партнером. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст., температура тела 39,5 градусов. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительные. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. В ан. крови: Нb-120г/л; лейкоциты – 16,8 миллионов; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 38 мм/ч. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гнойные выделения. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предполагаемый диагноз? 2) Составьте план обследования больной для уточнения диагноза. 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 4) Какова лечебная тактика? 5) Какова профилактика данного заболевания? 	<p>консервативной комплексной противовоспалительной терапии (инфузии коллоидов и кристаллоидов, антибиотики, антигистаминные, анальгетики). При отсутствии положительного эффекта в течение 24-48 часов – показано оперативное лечение.</p> <p>Ответ 5: Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.</p>		
018	<p>Больная Л., 13 лет обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота распирающего характера; боли беспокоят в течении 4 дней и нарастают по интенсивности. С аналогичным болевым синдромом месяц назад была госпитализирована в</p>	<p>Ответ 1: Аплазия нижних 2/3 влагалища. Гематокольпос верхней трети влагалища.</p> <p>Ответ 2: УЗИ, лапароскопия.</p> <p>Ответ 3: Оперативная: создание соустья между</p>	ТК ГИА	ПК-5, ПК-9

	<p>хирургическое отделение с подозрением на аппендицит. При обследовании данных за хирургическую патологию выявлено не было. Соматически здорова. Менархе-0. Молочные железы развиты соответственно возрасту Ма - III. Подмышечное и лобковое оволосение удовлетворительное.</p> <p>Гинекологическое обследование: наружные гениталии без особенностей. Оволосение по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Девственная плева сплошная. При попытке зондирования входа во влагалище нет. Ректально: сфинктер сохранен, ампула прямой кишки свободна. Спереди пальпируется эластическое овальное образование 8*6*6см, на верхнем полюсе которого определяется матка обычной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются.</p> <p>1) Диагноз? 2) Какое обследование необходимо провести? 3) Тактика? 4) Прогноз? 5) Определение понятия гематоколюпос?</p>	<p>преддверием влагалища и его верхней третью.</p> <p>Ответ 4: Благоприятный.</p> <p>Ответ 5: Гематоколюпос - это скопление крови во влагалище в результате формирования механического препятствия оттоку содержимого из влагалища</p>		
019	<p>В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает</p>	<p>Ответ 1: Апоплексия правого яичника.</p> <p>Ответ 2: Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, определение ХГ в моче, кульдоцентез, лапароскопия.</p> <p>Ответ 3: Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит.</p> <p>Ответ 4: При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ</p>	ТК ГИА	ПК-1, ПК-5

	<p>хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре).Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения рюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Предполагаемый диагноз? 2) Составьте план обследования больной. 3) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? 4) Какова лечебная тактика? 5) Каков предполагаемый объем операции в случае оперативного лечения? 	<p>живота, анальгетики, спазмолитики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение. Ответ 5: Ушивание разрыва яичника.</p>		
020	<p>Больная Я., 38 лет жалуется на боли в поясничной области, усиливающиеся при работе в наклон; боли беспокоят в течении 5 лет. Из анамнеза: роды-1, абортов-3, все осложнялись кровотечением с повторным выскабливанием. В течении последних 7 лет не предохраняется и не беременеет. Из перенесенных заболеваний хрон. аднексит с частыми обострениями – амбулаторное лечение, не в полном объеме т.к. пациентка не может уходить с</p>	<p>Ответ 1: Загиб фиксированной матки, периметрит. Хронический аднексит, периаднексит. Ответ 2: Консервативное лечение: ЛФК, рассасывающая терапия(биостимуляторы, тиосульфат натрия, свечи ректально с антипростогландиновыми препаратами), физиолечение, сан-кур лечение, гинекологический массаж.</p>	ТК ГИА	ПК-6, ПК-7

	<p>работы на процедуры. Соматически здорова. При гинекологическом осмотре: НПО – б/о. Влагалище свободное. Тело матки в retroflexio – попытка выведения матки в anteflexio безрезультатна. Придатки с обеих сторон уплотнены, тяжистые. В заднем своде тяжистость. Выделения умеренные бели.</p> <p>1) Предполагаемый диагноз? 2) Тактика врача? 3) Может ли быть загиб причиной бесплодия? 4) Прогноз для жизни? 5) Определение понятия бесплодие?</p>	<p>Ответ 3: Самостоятельной причиной бесплодия - загиб не является.</p> <p>Ответ 4: Благоприятный.</p> <p>Ответ 5: Это отсутствие зачатия при регулярной половой жизни у лиц репродуктивного возраста без применения контрацепции в течение 1 года</p>		
--	---	--	--	--