

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
АКУШЕРСТВО**

Направление подготовки (специальность): **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

Кафедра **АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ФДПО**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

Перечень вопросов к зачету:

1. Признаки беременности. Методы диагностики ее в ранние сроки.
2. Костный таз с анатомической и акушерской точки зрения.
3. Плод как объект родов. Акушерская терминология.
4. Методы обследования беременных и рожениц.
5. Приемы наружного акушерского обследования.
6. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
7. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
8. Периоды родов. Клиническое течение периодов родов, их характеристика. Задачи акушера при ведении родов.
9. Последовый период. Признаки отделения последа. Рациональное ведение третьего периода родов.
10. Первичный и вторичный туалет новорожденных.
11. Современные представления об этиопатогенезе преэклампсии.
12. Клиника, лечение и профилактика преэклампсии.
13. Эклампсия. Алгоритм неотложной помощи.
14. Кровотечения во время беременности. Причины, клиника, диагностика, лечебная тактика
15. Послеродовое кровотечение. Причины, диагностика, алгоритм помощи
16. Кесарево сечение в современном акушерстве.
17. Работа женской консультации. Участковый принцип, диспансерный метод в обслуживании женщин. Роль врача-стоматолога в диспансеризации беременных.
18. Клиническая анатомия женских половых органов. Методы исследования в гинекологии.
19. Современные представления о регуляции менструального цикла.
20. Нарушения менструального цикла. Классификация. Диагностика. Лечение.
21. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии
22. Хламидийная инфекция. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
23. Гонококковая инфекция. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
24. Урогенитальный трихомоноз. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
25. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
26. Миома матки. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
27. Эндометриоз. Клиника. Диагностика. Принципы лечение.
28. Доброкачественные заболевания шейки матки. Этиология. Клиника. Лечение.

29. Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
30. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Роль просмотров в выявлении данной патологии.
31. «Острый живот» в гинекологии. Причины, клиника, диагностика, лечение.
32. Внематочная беременность. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Самопроизвольный аборт. Причины их возникновения. Стадии течения аборта. Профилактика и лечение.
34. Искусственный аборт. Показания к прерыванию беременности. Профилактика абортов.
35. Планирование семьи. Современные представления о контрацепции.

Задания на тренажере

1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания
2. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания
3. Приемы наружного акушерского исследования
4. Тазоизмерение
5. Определение высоты стояния дна матки, окружности живота, вычисление предполагаемой массы плода
6. Выслушивание сердцебиения плода
7. Признаки отделения плаценты
8. Методы выделения последа

Темы рефератов

1. Физиология беременности
2. Гигиена и питание беременной
3. Физиология плода
4. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам
5. Физиологические роды. Современные технологии
6. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам
7. Современные методы комплексной оценки состояния плода
8. Грудное вскармливание
9. Послеродовая контрацепция
10. Вредные привычки и беременность
11. Современные методы исследования в гинекологии
12. Аномалии развития половых органов
 13. Аномалии положения половых органов
 14. Доброкачественные и злокачественные опухоли матки
 15. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников
 16. Предраковые заболевания и рак шейки матки

17. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников
18. Пластические операции в гинекологии
19. Бесплодный брак
20. Современные репродуктивные технологии в лечении бесплодия

Ситуационные задачи для текущего контроля

Задача 1.

В женской консультации состоит повторнобеременная женщина, 32 лет. В анамнезе одни роды, закончившиеся рождением ребенка с ЗВРП. Срок беременности 34 недели. При очередном посещении врача женской консультации ВДМ – 29 см, ОЖ - 78 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ритмичное 144 в минуту.

Диагноз? Что делать?

Задача 2.

В родовом отделении находится роженица 21 года с регулярной родовой деятельностью, которая развилась после патологического прелиминарного периода. отошли воды с примесью мекония. Положение плода продольное, предлежание головное, ВДМ 40 см., ОЖ 100 см. При выслушивании сердцебиения плода ЧСС 180 уд в минуту. Срочно взята кровь из кожи предлежащей головки – РН – 7,15. Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Предлежание головное. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок слева сзади, большой справа спереди. Исследованию доступны нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.

Диагноз? Что делать?

Задача 3.

В родовом отделении находится роженица 28 лет с регулярной родовой деятельностью. Положение плода продольное, предлежание головное. При проведении КТГ выявлены «поздние» децелерации, ЧСС 110 ударов в минуту. Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Диагноз? Что делать?

Задача 4.

Повторнобеременная женщина, 32 лет, состоит на учете в женской консультации. В настоящее время срок беременности 30 недель. При очередном посещении ж/к выявлено:

положение плода продольное, в дне матки определяется округлая, плотной консистенции крупная часть плода, над входом в малый таз мягковатой консистенции крупная часть плода неправильной формы. Сердцебиение выслушивается выше пупка справа 136 уд/мин.

Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.

Задача 5

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 22 лет, в сроке 37-38 недель беременности. Экстрагенитальной и гинекологической патологии не выявлено. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 94 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется крупная часть, округлой формы, плотной консистенции, предлежит над входом в малый таз крупная часть, мягковатой консистенции. Сердцебиение плода выслушивается выше пупка слева, 138 уд/мин. При влагалищном исследовании шейка матки зрелая.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 6.

В ОПБ поступила первобеременная женщина, 30 лет, в сроке 37-38 недель беременности. В анамнезе длительное бесплодие. Беременность осложнилась анемией легкой степени тяжести. Размеры таза: 26-29-31-21. ВДМ 38 см, ОЖ 104 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное 140 уд/мин.

Диагноз? Составьте план ведения родов.

Задача 7.

В родовое отделение акушерского стационара поступила роженица 25 лет в сроке беременности 40 недель с регулярной родовой деятельностью. Беременность вторая, предыдущая закончилась срочными родами без осложнений. Соматической и гинекологической патологии не выявлено. Женскую консультацию посещала регулярно. Схватки по 30-35 сек, частота: 4 за 10 минут. Размеры таза: 25-28-30-20. ВДМ 35 см, ОЖ 96 см. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода отчетливое 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы, межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа и спереди, мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены при ведении беременности в женской консультации?

Задача 8.

В родовом отделении роддома находится роженица 25 лет с тазовым предлежанием плода. План родов составлен на консервативное ведение родов. Схватки по

30-35 секунд достаточной интенсивности, частота схваток 4 за 10 минут. отошли околоплодные воды с примесью мекония в большом количестве. Сердцебиение плода приглушенное ритмичное 160 ударов в минуту. Проведено влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см, плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, предлежат ягодичи, крестец слева спереди. Во влагалище определяется пульсирующая петля пуповины. Мыс не достигается, исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.

Диагноз? Что делать?

Задача 9.

В роддом поступила роженица 23 лет в потугах. Роды в смешанном ягодичном предлежании. Сердцебиение плода отчетливое 134 ударов в минуту. Ребенок родился до нижнего угла лопаток. Дальнейшее рождение плода задерживается.

Диагноз? Что делать?

Задача 10.

Первобеременная женщина, 23 лет, доставлена в родильный дом на 36 недели беременности без родовой деятельности с жалобами на головную боль, боль в подложечной области, мелькание «мушек» перед глазами. Эти явления появились 1 час тому назад. По данным обменной карты, в течение последних 3 недель, отмечалось повышение АД до 150/100 мм.рт.ст., отеки, белок в моче. От госпитализации женщина отказывалась. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст, 170/90 мм.рт.ст. Выраженные отеки нижних конечностей. Вскоре после поступления при санитарной обработке, появился припадок судорог. После припадков сознание затемнено. АД 210/120 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 уд. в мин.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении беременной?

Задача 11

Первобеременная женщина, 18 лет, машиной скорой помощи доставлена в акушерский стационар в 2 часа ночи с жалобами на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, боли в эпигастральной области. Беременность 32 недели. Женскую консультацию посещала нерегулярно, последняя явка – месяц назад, имела место патологическая прибавка массы тела и повышение АД до 140/100 мм.рт.ст. При поступлении АД 170/125 мм.рт.ст., выраженные отеки всего тела, моча при кипячении мутная. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 146 в минуту. На консультацию срочно вызваны невролог и окулист. При офтальмоскопии диагностирована ретинопатия.

Диагноз? Терапия? Врачебная тактика? Какие ошибки допущены в ведении беременной?

Задача 12.

В акушерский стационар по направлению ж/к поступила беременная женщина в связи с повышением АД до 150/100 мм.рт.ст., наличием отеков на ногах и передней брюшной стенке. Срок беременности 35 недель, рост 165, масса тела до беременности 60 кг, при поступлении – 80 кг. Соматической патологии нет. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет, голова не болит, зрение ясное. Матка в нормотонусе. ОЖ 90 см, ВДМ 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в мин.

Диагноз? Назначьте обследование.

Задача 13.

Первобеременная женщина, 38 лет, встала на учет по беременности в ж/к при сроке беременности 7-8 недель. Из анамнеза выяснено, что родилась недоношенной, у матери в родах была эклампсия. Сама женщина с 30 лет страдает артериальной гипертензией, периодически АД повышается до 160 мм.рт.ст. Регулярного лечения не получает. Беременность вне брака. При осмотре жалоб не предъявляет. АД 120/80 мм.рт.ст.

Назначьте обследование. Определите группу риска акушерской патологии. Составьте план ведения беременности.

Задача 14.

Больной 19 лет. Жалобы на отсутствие менструации в течение последнего года. Менструации с 12 лет, были всегда регулярны. С целью снижения массы тела голодала или вызывала рвоту после еды. Затем исчез аппетит, появились гипотермия, брадикардия, сухость кожи, лейкопения, атония кишечника, желудка, запор. При исследовании гормонов в крови обнаружено снижение эстрогенов, ЛГ и повышение ФСГ.

Объективно: физически активна, резко пониженного питания, молочные железы атрофированы, живот мягкий, втянут. Половые органы гипотрофичны.

Диагноз? Лечение ?

Задача 15.

В приёмный покой многопрофильной больницы машиной скорой помощи доставлена пациентка 28 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей. Накануне было выполнено хирургическое прерывание беременности в сроке 9 недель в одной из городских клиник, после чего пациентка отпущена домой. Инвалид 1 группы по поводу генерализованной миастении (установлен подкожный стимулятор). В анамнезе - кесарево сечение 8 месяцев назад (по поводу вышеуказанного заболевания). При осмотре: кожные покровы чистые, бледноватые. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс - 74 в минуту. Периодически возникают клонические судороги. Живот при пальпации напряжён, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При осмотре в зеркалах: шейка матки конической формы, выделения кровянистые, умеренные. Бимануальный осмотр затруднён из-за напряжения мышц передней брюшной стенки.

Каков предположительный диагноз? Какие исследования нужно выполнить? Методы лечения. Какие недочёты допущены при ведении этой пациентки?

Задача 16.

Пациентка У., 57 лет, доставлена машиной скорой помощи в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота ноющего характера, повышение температуры тела до 39 градусов. Менопауза 9 лет. В анамнезе одни роды, семь аборт, после последнего, 15 лет назад, была установлена ВМС. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом. Живот при пальпации напряжён, болезненный в нижних отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Матка отклонена кпереди, не увеличена, безболезненна. Справа от матки определяется образование с нечёткими контурами, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации. Слева придатки не пальпируются. В общем анализе крови: лейкоциты - $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$; гемоглобин - 89 г/л.

Диагноз? Тактика ?

Задача 17.

На специализированный прием в центр «Планирование семьи» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме. Гинекологическое исследование: матка anteversio, anteflexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. При УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка 48×40×35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15×13×10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18×15×10 мм аналогичной структуры. Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Задача 18.

Пациентка К., 25 лет, обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции. Из анамнеза: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает "Спазмалгон" для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова. При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.

Диагноз? Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

Задача 19.

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные менструации и межменструальные кровянистые выделения.

Из анамнеза:

Наследственность: СД, ГБ у бабушки по материнской линии, с-г ПЖ у дедушки по отцовской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, ветряная оспа, пневмония, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 14 лет. МЦ регулярный, менструации по 7-8 дней, через 28-30 дней, обильные с менархе, безболезненные.

Гинекологические заболевания: отрицает.

ПЖ с 17 лет, замужем, контрацепция – прерванный половой акт и презерватив. В ближайшие 5 лет беременность не планирует.

Беременности: 1 (своевременные физиологические роды в 24 года).

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Пациентка К., 18 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструации в течение 3 последних месяцев.

Из анамнеза:

Наследственность: с-г легких у папы, НМЦ у мамы, ДУЗ у бабушки по материнской линии, СД у дедушки по материнской линии.

Перенесенные заболевания: хронический гастродуоденит, хронический цистит, простудные.

Аллергии, гемотрансфузии отрицает.

Менархе с 13 лет, МЦ не регулярный, менструации по 7 дней, через 30-90 дней, обильные, болезненные.

Гинекологические заболевания: НМЦ (витаминотерапия, без обследования).

ПЖ с 18 лет, 2 половых партнера, контрацепция – барьерный метод.

Беременности: 0.

При общем и гинекологическом осмотре патологии не выявлено.

Диагноз? Предполагаемый алгоритм обследования и лечения?

Тестовые задания

по дисциплине Акушерство

по специальности Стоматология 31.05.03

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел 1. Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению.	<i>ОК 7 ОПК 9 ПК 1 ПК 6 ПК 13</i>

Выберете один или несколько правильных ответов

1. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание
- b. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
- c. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
- d. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева

2. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- a. влагалищное исследование
- b. пельвиометрия
- c. аускультация
- d. наружное акушерское исследование

3. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. отхождение слизистой пробки
- b. отхождение околоплодных вод
- c. боли в поясничной области
- d. сглаживание и раскрытие шейки матки

4. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА:

- a. возникновением потуг
- b. излитием околоплодных вод
- c. расположением головки плода на тазовом дне
- d. полным раскрытием шейки матки

5. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПЯТЬ САНТИМЕТРОВ СООТВЕТСТВУЕТ:

- a. началу второго периода родов
- b. первому периоду родов фазе замедления
- c. первому периоду родов активной фазе
- d. первому периоду родов латентной фазе

6. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. полное раскрытие шейки матки

- b. потуги
- c. опускание предлежащей части в малый таз
- d. внутренний поворот головки

7. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

- a. через каждые 10 минут
- b. после каждой потуги
- c. через каждые 15 минут
- d. через каждые 5 минут

8. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева
- b. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева
- c. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
- d. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание

9. ДЕСЯТЬ МИНУТ НАЗАД ПРОИЗОШЛИ РОДЫ ДОНОШЕННЫМ МАЛЬЧИКОМ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ; ПРИЗНАК КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ; КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?:

- a. произвести ручное выделение последа
- b. активная - самостоятельное рождение последа
- c. ввести метилэргометрин
- d. выделить послед наружными приемами

10. ИЗМЕНЕНИЕ КОНТУРОВ И СМЕЩЕНИЕ ДНА МАТКИ; ОПУСКАНИЕ ОТРЕЗКА ПУПОВИНЫ; ОТСУТСТВИЕ ВТЯГИВАНИЯ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ:

- a. отсутствия отделения плаценты
- b. полного отделения плаценты
- c. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- d. гипотонии матки

11. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ МАТЕРИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО:

- a. через 6 ч после рождения

- b. через 12 ч после рождения
- c. сразу после рождения
- d. через 8 ч после рождения

12. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

- a. отклонение шейки к крестцу
- b. длина 2-2,5 см
- c. мягкая консистенция
- d. отсутствие проходимости цервикального канала

13. ПРИЕМ КРЕДЕ-ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

- a. выделения отделившегося последа
- b. ручного выделения последа
- c. выделения неотделившегося последа
- d. отделения последа наружным приемом

14. РОДОВЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ СХВАТОК:

- a. отсутствием увеличения амплитуды
- b. развитием структурных изменений шейки матки
- c. безболезненностью
- d. нерегулярностью и редкими интервалами

15. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- a. электрокардиографии
- b. рентгенографии
- c. УЗИ
- d. наружной гистерографии

16. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ:

- a. до 2 часов
- b. 30 мин
- c. 10-15 мин
- d. 5-10 мин

17. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ?:

- a. признак Альфельда
- b. признак Кюстнера-Чукалова
- c. признак Довженко
- d. признак Шредера

18. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ НАД ЛОНОМ?:

- a. признак Кюстнера-Чукалова
- b. признак Альфельда
- c. признак Довженко
- d. признак Шредера

19. ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

- a. биологическую готовность к родам
- b. начало второго периода родов
- c. конец первого периода родов
- d. начало первого периода родов

20. ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ В НОРМЕ:

- a. укорочена, размягчена
- b. сглажена
- c. раскрыта до 3 см
- d. сохранена

Раздел 2. Физиологическое акушерство

*ОК 7 ОПК 9
ПК 1 ПК 6
ПК 13*

Выберете один или несколько правильных ответов

1. ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ:

- a. между нижним краем симфиза и мысом крестца
- b. между седалищными буграми

с. между большими вертелами бедренных костей

д. между гребнями подвздошных костей

2. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

а. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см

б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см и окружность 33 см

с. расстояние от подъязычной области до вершущки темени, равное 9,5 см и окружность 32 см

д. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

3. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:

а. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см

б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см

с. расстояние от подбородка до затылочного бугра, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см

д. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см

4. ПРОДОЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ПЛОДА:

а. находится под тупым углом к оси матки

б. совпадает с длинником матки

с. находится под прямым углом к продольной оси матки

д. находится под острым углом к оси матки

5. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

а. наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в малый таз

б. тазового конца плода ко входу в малый таз

с. головки плода ко входу в малый таз

д. головки плода ко дну матки

6. ПОД ПОЗИЦИЕЙ ПЛОДА ПОНИМАЕТСЯ:

а. взаиморасположение различных частей плода

б. отношение головки плода ко входу в таз

с. отношение спинки плода к боковым стенкам матки

d. отношение оси плода к длиннику матки

7. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА - ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:

- a. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса крестца
- b. гребнями подвздошных костей
- c. серединой верхнего наружного края симфиза и мысом крестца
- d. серединой верхнего внутреннего края лонного сочленения и наиболее выступающей точкой крестцового мыса

8. DISTANTIA SPINARUM В НОРМЕ РАВНА:

- a. 11-13 см
- b. 28-29 см
- c. 25-26 см
- d. 31-32 см

9. НАРУЖНАЯ КОНЬЮГАТА В НОРМЕ РАВНА:

- a. 25-26 см
- b. 30-31 см
- c. 20-21 см
- d. 28-29 см

10. DISTANTIA CRISTARUM — ЭТО:

- a. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных остей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей

11. DISTANTIA TROCHANTERICA — ЭТО:

- a. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей
- b. расстояние между задневерхними осями подвздошных остей
- c. расстояние между большими вертелами бедренных костей
- d. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей

12. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 100 СМ, ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ 35 СМ.
ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ВЕС ПЛОДА (В ГРАММАХ):

- a. 3800 гр
- b. 3000 гр
- c. 3200 гр
- d. 3500 гр

13. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА:

- a. 13 см
- b. 11 см
- c. 9 см

d. 20 см

14. ВИД ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. спинки плода к передней и задней стенкам матки
- b. спинки плода к боковым стенкам матки
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. продольной оси плода к продольной оси матки

15. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:

- a. продольной оси плода к продольной оси матки
- b. конечностей и головки плода к туловищу
- c. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз
- d. спинки плода к передней и задней стенкам матки

16. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- a. часть плода, находящаяся в дне матки
- b. позиция плода
- c. предлежащая часть
- d. вид плода

17. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- a. предлежащая часть
- b. позиция плода
- c. членорасположение плода
- d. отношение предлежащей части ко входу в таз

18. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И К ПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Задний вид, вторая позиция
- b. Передний вид, вторая позиция
- c. Передний вид, первая позиция
- d. Задний вид, первая позиция

19. САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА К ПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ:

- a. Передний вид, вторая позиция
- b. Задний вид, вторая позиция
- c. Задний вид, первая позиция
- d. Передний вид, первая позиция

20. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ ОСТИ И

КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ:

- a. плоскости выхода
- b. плоскости входа в малый таз
- c. плоскости широкой части полости малого таза
- d. плоскости узкой части полости малого таза

Раздел 3. Патологическое акушерство

*ОК 7 ОПК 9
ПК 1 ПК 6 ПК 13*

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Диагноз «гестационная артериальная гипертензия» может быть установлен:

- a) в I триместре беременности;
- b) с 12 недель беременности;
- c) после 20 недель беременности;
- d) после 28 недель беременности.

2. Для умеренной артериальной гипертензии во время беременности характерно:

- a) САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;
- b) САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;
- c) САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;
- d) САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..

3. Перечислите факторы риска преэклампсии:

- a) сахарный диабет 1 или 2 типа;
- b) новый партнер;
- c) хроническая гипертония;
- d) все перечисленные.

4. К клиническим проявлениям преэклампсии со стороны сердечно-сосудистой системы не относится:

- a) артериальная гипертензия;
- b) гиповолемия;
- c) артериальная гипотензия;
- d) сердечная недостаточность.

5. Различают следующие формы эклампсии:

- a) во время беременности и в родах;
- b) ранняя послеродовая (первые 48 часов);
- c) ранняя послеродовая (первые 24 часа);
- d) поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов);
- e) верно a, b, d;
- f) верно a, c, d.

6. Золотым стандартом для диагностики протеинурии является:

- a) использование тест-полоски;
- b) количественное определение белка в суточной порции;
- c) количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;
- d) кольцевая проба Геллера.

7. Что характерно для умеренной степени протеинурии:

- a) уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- b) уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;
- c) уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи;
- d) уровень белка ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.

8. Какой уровень тромбоцитов свидетельствует о развитии тяжелой преэклампсии:

- a) $150-400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- b) $> 400 \cdot 10^9/\text{л}$;
- c) $<100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) ничего из перечисленного.

9. Показания к экстренному родоразрешению (минуты) при преэклампсии:

- a) кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты;
- b) острая гипоксия плода в сроке беременности >22 недель;
- c) количество тромбоцитов менее $150 \cdot 10^9/\text{л}$;
- d) все перечисленное;
- e) верно a, b

10. С целью профилактики ранней послеродовой эклампсии инфузию магния сульфата следует проводить в течение:

- a) 48 часов;
- b) 6 часов;
- c) 12 часов;
- d) 24 часов.

11. Выберите правильное утверждение:

- a) магния сульфат превосходит бензодиазепины, фенитоин и нимодипин по эффективности профилактики эклампсии;
- b) магния сульфат- эффективный антигипертензивный препарат;
- c) плановое применение магния сульфата во время беременности предотвращает развитие и прогрессирование преэклампсии;
- d) при экстренных показаниях со стороны матери и/или плода не следует откладывать родоразрешение для того, чтобы ввести сульфат магния с целью нейропротекции у плода.

12. Беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендовано:

- a) Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;
- b) Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;
- c) Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;
- d) Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.

13. Пациентка К., 30 лет, срок беременности 37 недель, поступила в приемный покой акушерского стационара с жалобами на головные боли. АД - 180/110 мм рт. ст., ОАМ: белок 6 г/л, отеки голеней. Предварительный диагноз:

- a) умеренная преэклампсия;
- b) тяжелая преэклампсия;
- c) гестационная АГ;
- d) отеки беременных.

14. Гестационный сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся

- a) гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета

- б) гипергликемией во время беременности
- в) гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде
- г) гипергликемией до беременности и во время беременности

15. определение глюкозы для подтверждения ГСД проводят

- а) в венозной плазме
- б) в капиллярной крови
- в) последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают
- г) не имеет значения

16. глюкозы венозной плазмы натощак $<5,1$ ммоль/л, в ходе ГТТ через 1 час $<10,0$ ммоль/л, через 2 часа $\geq 7,8$ ммоль/л и $<8,5$ ммоль/л – это

- а) вариант нормы при беременности
- б) ГСД
- в) «манифестный» СД
- г) вариант нормы для небеременных

17. для постановки диагноза ГСД достаточно

- а) одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы
- в) одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови
- б) двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови

18. при проведении ГТТ в случае получения аномальных значений в исходном измерении

- а) нагрузка глюкозой не проводится
- б) нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам
- в) нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией
- г) нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией

19. по результатам ПГТТ с 75г глюкозы при получении аномальных значений во второй точке

- а) третье измерение не требуется
- б) третье измерение проводится по общепринятой методике
- в) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 1 час
- г) проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 2 часа

20. Временные противопоказания для проведения ГТТ

- а) необходимость соблюдения строго постельного режима
- б) манифестный СД
- в) анемия беременных
- г) отеки беременных

21. К ультразвуковым признакам диабетической фетопатии не относится

- а) маловодие
- б) крупный плод
- в) кардиомегалия/кардиопатия
- г) гепато-спленомегалия

22. Резус – отрицательная принадлежность крови – это

- а) Отсутствие D-антигена эритроцита
- б) Наличие D-антигена эритроцита
- с) Наличие С-антигена эритроцита
- д) Наличие Е-антигена эритроцита

23. В каком сроке беременности должна проводиться плановая антенатальная специфическая иммунопрофилактика резус-иммунизации

- a) В 28 недель беременности
- b) Перед родами
- c) В первом триместре беременности
- d) В 20 недель беременности

24. Кому должна проводиться плановая антенатальная специфическая профилактика

- a) Неиммунизированным женщинам с резус-отрицательным фактором независимо от паритета
- b) Резус - иммунизированным женщинам
- c) При наличии проявлений гемолитической болезни плода
- d) Только первобеременным с резус-отрицательным фактором

25. В какой дозе проводится плановая специфическая антенатальная иммунопрофилактика антиD-Ig

- a) 300 мкг, 1500 МЕ
- b) 150 мкг, 750 МЕ
- c) 125 мкг, 625 МЕ
- d) 20 мкг, 100 МЕ

26. Когда должна быть проведена плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика

- a) В ближайшие 48-72 часа после родов
- b) В ближайшие 5 дней после родов
- c) в течение 1 месяца после родов
- d) в течение всего послеродового периода

27. Ранние преждевременные роды - это роды в...

- a) 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;
- b) 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;
- в) 28 недель - 31 неделя 6 дней включительно;
- г) 32 неделя - 33 недели 6 дней включительно.

28. Дородовое излитие околоплодных вод при преждевременных родах - это преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием/подтеканием околоплодных вод:

- а) в сроке 22 недели - 36 недель 6 дней;
- б) в сроке 28 недель - 36 недель 6 дней;
- в) в сроке 22 недели - до наступления родов;
- г) в сроке 36 недель 6 дней - до наступления родов.

29. К факторам риска преждевременных родов не относится:

- а) 1 и более ПР в анамнезе;
- б) 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;
- в) отсутствие родов в анамнезе;
- г) высокий паритет - более 4 родов в анамнезе.

30. Рекомендуемым методом прогнозирования риска ПР является:

- а) УЗ-цервикометрия;
- б) определение фибронектина в цервикальном секрете;
- в) определение ПСИФР-1 в цервикальном секрете;
- г) правильно а и в.

31. Антенатальная кортикостероидная терапия высокоэффективна для профилактики РДС, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных в сроке:

- а) 22 - 34 недели;
- б) 24 - 36 недель;
- в) 24 - 34 недели;
- г) 28 - 34 недели.

32. Рекомендуемые схемы антенатальной кортикостероидной терапии:

- а) 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часа;
- б) 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 6 часов;

в) 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов;

г) все вышеперечисленное верно.

33. Наименьшим токолитическим эффектом обладает:

а) атосибан;

б) сульфат магния;

в) нифедипин;

г) индометацин.

34. Индометацин в качестве токолитика применяется до:

а) 30 недель;

б) 32 недель;

в) 34 недель;

г) 37 недель;

35. Высокий риск преждевременных родов:

а) схватки не менее 4-х за 20 минут;

б) схватки не менее 4-х за 30 минут;

в) укорочение и сглаживание шейки матки;

г) правильно - а) и в).

36. Вакуум-экстракция при преждевременных родах противопоказана:

а) во всех случаях;

б) в сроке менее 36 недель;

в) в сроке менее 34 недель;

г) в сроке менее 32 недель.

37. Основные причины неонатальной смертности, связанные с дородовым излитием околоплодных вод:

а) недоношенность;

б) сепсис;

в) гипоплазия легких;

г) всё вышеперечисленное.

38. Раннее послеродовое кровотечение - кровотечение, возникшее после рождения плода

- а) в течение первых 2 часов
- б) в течение 24 часов
- в) в течение первых 6 часов
- г) на протяжении 42 дней после рождения плода.

39. Послеродовое кровотечение во время родов через естественные родовые пути -

- А. кровопотеря >300 мл
- Б. кровопотеря >500 мл
- В. кровопотеря >1000 мл

40. Меры по профилактике кровотечений после родов

- А. Введение окситоцина внутривенно 5 ЕД
- Б. Введение окситоцина внутримышечно 5 ЕД
- В. Введение окситоцина внутривенно 10 ЕД

41. Препаратом первой линии для профилактики и лечения кровотечения является:

- А. карбетоцин
- Б. окситоцин
- В. метилэргометрин
- Г. Мизопростол

42. Позднее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее

- А. через 24 часа после рождения плода
- Б. через 2 часа после рождения плода
- В. через 6 часов после рождения плода
- Г. через 6 недель после родов

43. Управляемая баллонная тампонада

- А. вмешательство 1-й линии для женщин, у которых гипотония матки является единственной или главной причиной кровотечения
- Б. Проводится всегда после ручного обследования полости матки
- В. Проводится только в операционной после кесарева сечения

44. При послеродовом кровотечении в экстренном порядке выполняется

- А. определение группы крови, резус-фактора (если не было определено ранее);

Б. общий анализ крови (ОАК) (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты, тромбоциты);

В. показатели свертывания крови: определение время свертывания крови у постели пациента («прикроватный тест» - модификация метода Ли-Уайта), гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ, ПДФ, при наличии возможностей - ТЭГ, РОТЕМ

Г. верно а,б,в

Д. верно б,в

Е. верно а,б

45. При лечении послеродового кровотечения введение окситоцина осуществляется следующим образом:

А. 5 - 10 МЕ на 500 мл физ. раствора, используя дозатор

Б. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 60 капель в минуту/125 мл/час, используя дозатор

В. 10-20 МЕ на 500 мл физ. раствора в/в, 30 капель в минуту, используя дозатор

**Раздел 4. Эндокринные нарушения в гинекологии.
Бесплодный брак.**

*ОК 7 ОПК 9 ПК 1
ПК 6 ПК 13*

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Аменорея – это отсутствие менструации:

а. 1 года;

б. 6 месяцев;

с. 5 месяцев;

д. все перечисленное неверно.

е. 4 месяцев;

2. Гипоменорея – это:

а. редкие менструации.

б. отсутствие менструации;

с. короткие менструации;

д. скудные менструации;

3. Гипоменструальный синдром – это нарушение менструального цикла, характеризующееся:

а. Опсоменореей

б. Гипер- и олигоменореей

с. Гиперполименореей

д. Гипо- и олигоменореей

е. Олигоменореей

4. Дифференциальную диагностику отечной формы предменструального синдрома следует проводить с:

- a. Заболеваниями ЖКТ
 - b. Заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы
 - c. Психическими заболеваниями
 - d. Заболеваниями щитовидной железы
 - e. Заболеваниями ЦНС
5. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:
- a. Однофазная базальная температура
 - b. Симптом «зрачка» (+++)
 - c. В соскобе эндометрия во вторую фазу цикла поздняя фаза пролиферации
 - d. Все перечисленное
6. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:
- a. с мочеточниками;
 - b. с шейкой мочевого пузыря;
 - c. с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
 - d. ни с чем из перечисленного.
 - e. с прямой кишкой;
7. К инфекциям передающимся половым путем не относится:
- a. Микоплазмоз
 - b. Хламидиоз
 - c. Трихомониаз
 - d. Гонорея
 - e. Энтеробиоз
8. К причинам вторичной аменореи центрального генеза относят все, кроме:
- a. Синдрома Шихана
 - b. Синдрома гиперпролактинемии
 - c. Аменореи на фоне потери массы тела
 - d. Синдрома Каллмана
 - e. Психогенной аменореи
9. К ранним проявлениям перименопаузального синдрома относятся:
- a. Эмоционально-аффективные расстройства
 - b. Вазомоторные симптомы
 - c. Прибавку массы тела и ожирение
 - d. Ничего из перечисленного
 - e. Все перечисленное

10. Меноррагия – это:

- a. Циклические маточные кровотечения
- b. Пре- и постменструальные кровянистые выделения
- c. Уменьшение продолжительности менструального цикла
- d. Ациклические маточные кровотечения
- e. Болезненные и обильные кровотечения

11. Метроррагия – это:

- a. кровотечение, связанное с менструальным циклом;
- b. атипичное маточное кровотечение;
- c. ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.
- d. менструация;

12. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

- a. рецепторов;
- b. специфических ферментов;
- c. всего перечисленного;
- d. ничего из перечисленного.
- e. простагландинов;

13. Особенности нормального менструального цикла являются:

- a. все перечисленное.
- b. овуляция;
- c. образование желтого тела в яичнике;
- d. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;

14. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме:

- a. бесплодия.
- b. подозрения на внематочную беременность;
- c. дисфункциональных маточных кровотечений;
- d. кровотечения в постменопаузе;

15. Абсолютным показанием к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) является:

- a. отсутствие матки;
- b. пороки развития матки;
- c. цервикальный антагонизм.
- d. отсутствие или непроходимость обеих маточных труб;

Выберете один или несколько правильных ответов

1. Наиболее характерная локализация трихомониаза:

- a. Сальпингит
- b. Метроэндометрит
- c. Кольпит
- d. Пельвиоперитонит

2. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- a. гиперемией и отеком влагалища на фоне обильных пенистых выделений
- b. наличием специфических внутриклеточных микроорганизмов
- c. инфекционным процессом при отсутствии явлений воспаления
- d. преобладанием палочковой флоры

3. Брак бесплодный, если при половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение:

- a. 2,5 года;
- b. 3 лет;
- c. 1 года;
- d. 5 лет.
- e. 0,5 года;

4. В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- a. возрастания числа анаэробов и вирусов
- b. главенствующей роли трихомонад
- c. преобладания ассоциаций микроорганизмов
- d. наличия хламидий и микоплазм

5. Вид контрацепции с минимальным риском развития воспалительных заболеваний половых органов:

- a. пероральные контрацептивы
- b. ВМС
- c. презерватив
- d. диафрагма

6. Воспаление маточной трубы и яичника называется:

- a. Цервицит
- b. Вульвовагинит
- c. Аднексит
- d. Кольпит

7. Воспаление слизистой оболочки влагалища называется:

- a. Вульвовагинит
- b. Кольпит
- c. Сальпингит
- d. Цервицит
- e. Аднексит

8. Восходящая гонорея это поражение:

- a. маточных труб;
- b. уретры;
- c. парауретральных желез;
- d. всех перечисленных выше органов.
- e. канала шейки матки;

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВЗОМТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- a. со всем перечисленным
- b. дивертикулитом и синдромом раздраженного кишечника
- c. острым аппендицитом
- d. болевой формой апоплексии яичника
- e. эктопической беременностью

10. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- a. наличия неподвижного, резко болезненного образования в малом тазу при бимануальном исследовании
- b. анемии
- c. сильных болей внизу живота, возникающих после физического напряжения
- d. симптомов раздражения брюшины

Раздел 6. Онкогинекология. Гиперпластические заболевания половых органов. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов.

*ОК 7 ОПК 9 ПК 1
ПК 6 ПК 13*

Выберете один или несколько правильных ответов

1.. Термин аденомиоз применяется:

- a. только при очаговых разрастаниях эндометриальной ткани во внутреннем слое матки;
- b. только при ретроцервикальном эндометриозе.
- c. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист;
- d. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации;
- e. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани;

2. Трофобластические опухоли секретируют:

- a. хорионический соматотропин;
- b. хорионический тиреотропин;
- c. хорионический гонадотропин;
- d. глюкокортикоиды.

3. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза:

- a. мочевого пузыря;
- b. область пупка;
- c. прямая кишка;
- d. послеоперационный рубец;
- e. все перечисленные локализации.

4. Внутренний эндометриоз (аденомиоз)- это:

- a. эндометриоз мочевого пузыря
- b. торакальная локализация
- c. эндометриоз кишечника
- d. истмико-цервикальный эндометриоз и эндометриоз тела матки

5. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:

- a. гипоталамусом;
- b. надпочечниками;
- c. задней долей гипофиза;
- d. передней долей гипофиза;
- e. яичниками.

6. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ВЫСОКА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

- a. опухолевидного процесса придатков матки
- b. маточной беременности
- c. интерстициально-субсерозной миомы матки
- d. внематочной беременности

7. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО:

- a. гидроторакс
- b. полиурия
- c. нарушение менструального цикла
- d. отеки нижних конечностей

8. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД:

- a. эндоскопический
- b. ультразвуковой
- c. ПЦР-диагностика
- d. гистологический

9. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ:

- a. учащенное сердцебиение
- b. полиурия
- c. отеки нижних конечностей
- d. утомляемость, слабость

10. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. муцинозная цистаденома
- b. фиброма яичника
- c. серозная цистаденома
- d. эндометриоидная аденоакантома

11. При полном выпадении матки:

- a. резко выраженное цистоцеле, резко выраженное ректоцеле
- b. шейка матки при натуживании выходит за пределы половой щели
- c. шейка матки и тело матки выходят за пределы половой щели
- d. шейка матки без натуживания выходит за пределы половой щели

Ответы на тесты:

Раздел 1.	Раздел 2.	Раздел 3.	Раздел 4.	Раздел 5.	Раздел 6.
1. d	1) a	1) c	1. b	1. c	1. a
2. c	2) d	2) b	2. d	2. c	2. c
3. d	3) c	3) d	3. d	3. c	3. e
4. d	4) b	4) a	4. b	4. c	4. d
5. c	5) a	5) f	5. d	5. c	5. a
6. a	6) c	6) b	6. c	6. c	6. b
7. b	7) d	7) a	7.e	7. b	7. c
8. b	8) c	8) c	8. d	8. a	8. c
9. b	9) c	9) e	9. e	9. a	9. d
10.b	10) a	10) d	10. a	10. b	10. d
11.c	11) c				
12. c	12) d				
13.a	13) b				
14.b	14) a				
15.d	15) b				
16.b	16) a				

17.c	17)	d	11) d	11. c		11. c
18.a	18)	c	12) b	12. c		
19.a	19)	a	13) a	13. a		
20.a	20)	d	14) a	14. b		
			15) a	15. d		
			16) a			
			17) a			
			18) a			
			19) a			
			20) a			
			21) a			
			22) a			
			23) a			
			24) a			
			25) a			
			26) a			
			27) б			
			28) в			
			29) в			
			30) г			
			31) в			
			32) в			
			33) б			
			34) б			
			35) г			
			36) в			
			37) г			
			38) б			

		39) Б			
		40) А			
		41) Б			
		42) А			
		43) А			
		44) Г			
		45) Б			

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительный	удовлетворительный	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задачи не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задачи не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
			профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)