

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б1.О.35
<b>семестры реализации дисциплины</b>	семестр 07; семестр 08; семестр 09
<b>форма контроля</b>	зачет (семестр 07); зачет (семестр 08); зачет (семестр 09)

г. Москва 2023 г.

## 1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1  
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.02 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.03 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать: современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в акушерстве и гинекологии
		Уметь: применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения для лечения заболеваний в акушерстве и гинекологии
		Практический опыт: оценивания эффективности и безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма в акушерстве и гинекологии
ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.01 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.02 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	Знать: топографо-анатомические основы патогенеза основных неотложных медицинских состояний в акушерстве и гинекологии; основные приёмы, мануальные навыки, хирургические инструменты и технические средства, необходимые для оказания неотложной и экстренной медицинской помощи
		Уметь: определять показания для оказания медицинской помощи взрослым и беременным женщинам в неотложной и экстренной форме
		Практический опыт: выполнения неотложных акушерских и гинекологических вмешательств и манипуляций, оказания неотложной и экстренной медицинской помощи взрослым пациентам.
ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.01 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный	Знать: основные закономерности протекания нормальной и патологической беременности; методы диагностического поиска, обследования, анализа и обобщения информации в области акушерства и гинекологии; дифференциальную диагностику заболеваний женской репродуктивной системы.
		Уметь: находить оптимальный алгоритм обследования и ведения родов; определять оптимальный диагностический и лечебный алгоритм при заболеваниях женской репродуктивной системы

	<p>диагноз и составляет план обследования ПК-2.02</p> <p>Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.03</p> <p>Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.04</p> <p>Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Практический опыт: обследования женской репродуктивной системы и выполнения основных врачебных манипуляций; установления правильного диагноза на основе анализа данных обследования.</p>
<p>ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ПК-3.01</p> <p>Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.02</p> <p>Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать: методы контроля эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины в акушерстве и гинекологии</p> <p>Уметь: применять информационные системы для контроля эффективности безопасности лечения с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций в акушерстве и гинекологии</p> <p>Практический опыт: контроля эффективности безопасности лечения с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций в акушерстве и гинекологии</p>

	ПК-3.03 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного	
ПК-5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК-5.01 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику санитарно-противоэпидемическ ие мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами	Знать: мероприятия по предупреждению и выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними
		Уметь: информировать население об основных факторах риска развития заболеваний, в том числе в период беременности
		Практический опыт: формирования здорового образа жизни путем просвещения и информирования населения, в том числе беременных женщин

## 2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

## 3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

### 3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

(ОПК-7; ПК -1; ПК -2; ПК-3; ПК-5)

7 семестр изучения в соответствии с УП
форма промежуточной аттестации – зачет

<p><b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b></p>	<p>ОПК- 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности  ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах  ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза  ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность  ПК-5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>
<p><b>Код и наименование индикатора:</b></p>	<p>ОПК-7.02  Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности  ОПК-7.03  Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p> <p>ПК-1.01  Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах  ПК-1.02  Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах</p> <p>ПК-2.01  Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования  ПК-2.02  Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний  ПК-2.03  Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)  ПК-2.04  Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.01  Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи  ПК-3.02  Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи  ПК-3.03  Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного</p> <p>ПК-5.01  Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами</p>

## Тестовые задания

**Правильный ответ на тестовое задание обозначен жирным шрифтом**  
**ЭНДОКРИНОЛОГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. МИОМА МАТКИ**

## Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Компетенции ОПК-7; ПК -1; ПК -2; ПК-3; ПК-5

Выберите один правильный ответ

1. МИОМА МАТКИ – ЭТО

- 1) Злокачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия
- 2) Доброкачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия**
- 3) Доброкачественная пролиферирующая опухоль

4) Злокачественная пролиферирующая опухоль

2. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) Поздние менархе
- 2) Высокий паритет родов

**3) Ожирение**

- 4) Отсутствие аборт в анамнезе

3. ОСНОВНЫМИ СТИМУЛЯТОРАМИ РОСТА МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гестагены
- 2) Андрогены

**3) Эстрогены**

- 4) Глюкокортикоиды

4. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ОПУХОЛИ – МИОМЫ МАТКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ТЕЛЕ МАТКИ

- 1) 5%
- 2) 20%
- 3) 70%

**4) 95%**

5. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ОПУХОЛИ – МИОМЫ МАТКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ШЕЙКЕ МАТКИ

- 1) 5%**
- 2) 20%
- 3) 70%
- 4) 95%

6. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА УЗЛОВ МИОМЫ МОЖЕТ БЫТЬ

**1) Одиночные, множественные**

- 2) Причудливая
- 3) Атипичная
- 4) Еденичная

7. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 0 ТИП УЗЛА

**1) Узлы на ножке без интрамурального компонента**

- 2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%
- 3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%
- 4) Не один из перечисленных

8. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 1 ТИП УЗЛА

1) Узлы на ножке без интрамурального компонента

**2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%**

- 3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%
- 4) Не один из перечисленных

9. ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ 2 ТИП УЗЛА

1) Узлы на ножке без интрамурального компонента

2) Широкое основание узла с интрамуральным компонентом менее 50%

**3) Узел с интрамуральным компонентом более 50%**

- 4) Не один из перечисленных

10. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА В ОБЛАСТИ ПЕРЕШЕЙКА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Боли при половом контакте

**2) Нарушение мочеиспускания**

- 3) Нарушение при акте дефекации
- 4) Обильные менструации

11. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА ПО ЗАДНЕЙ СТЕНКЕ МАТКИ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Боли при половом контакте

2) Нарушение мочеиспускания

**3) Ноющая боль в крестце и пояснице**

- 4) Обильные менструации

12. ПРИ МЕЖМЫШЕЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ УЗЛА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Боли при половом контакте

- 2) Нарушение мочеиспускания
- 3) Ноющая боль в крестце и пояснице

**4) Обильные менструации**

13. ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ МИОМЕ МАТКЕ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) Размером узла
- 2) **Нарушением сократительной способности матки**
- 3) Некрозом узла
- 4) Сдавлением соседних органов

14. НЕ СУЩЕСТВУЕТ ПОНЯТИЯ «КЛИНИЧЕСКИ НЕ ЗНАЧИМЫЙ РАЗМЕР» ДЛЯ МИОМЫ

- 1) Интерстициальной
- 2) Субсерозной

**3) Субмукозной**

- 4) Не пролиферирующей

15. ДЛЯ СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ НА НОЖКЕ И ЕЕ ПЕРЕКРУТЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) Тянущие боли внизу живота

**2) Картина острого живота**

- 3) Обильные менструации
- 4) Учащенное мочеиспускание

16. РИСК УГРОЗЫ МАЛИГНИЗАЦИИ МИОМЫ МАТКИ В МЕНОПАУЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

**1) Отсутствием регресса в течение 1-2 года постменопаузы**

- 2) Уменьшение М-эхо менее 5 мм
- 3) Ранняя менопауза
- 4) Не один ответ не верен

17. ЭНДОМЕТРИЙ ПО ДАННЫМ УЗИ СООТВЕТСТВУЕМ МЕНОПАУЗЕ

**1) М-эхо 3-4 мм**

- 2) М-эхо 5-6 мм
- 3) М-эхо 7-8 мм
- 4) М-эхо 10 мм

18. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК МАЛЫЕ

**1) менее 2 см**

- 2) от 2 до – 6,9 см
- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

19. ПРИ УЗИ МИОМЫ МАТКИ РАЗМЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ КАК СРЕДНИЕ

- 1) менее 2 см
- 2) **от 2 до – 6,9 см**

- 3) от 7 до 10 см
- 4) более 10 см

**ЭНДОМЕТРИОЗ**

**Выберите один правильный вариант ответа**

1. ЭНДОМЕТРИОЗ ЭТО –

- 1) Злокачественное разрастание ткани подобной эндометрию за пределами полости матки

**2) Доброкачественное разрастание ткани подобной эндометрию за пределами полости матки**

- 3) 1 и 2

- 4) Воспалительный процесс в эндометрии

2. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 1 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов

**2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки**

- 3) Процесс переходит на мышечный слой
- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

3. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 2 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки

**3) Процесс переходит на мышечный слой**

- 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки

4. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 3 СТАДИИ ЭТО

- 1) Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов
- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
- 3) Процесс переходит на мышечный слой

**4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки**

5. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ 4 СТАДИИ ЭТО

- 1) **Вовлечение в процесс матки, брюшины и соседних органов**

- 2) Процесс ограничен подслизистой оболочкой стенки матки
  - 3) Процесс переходит на мышечный слой
  - 4) Распространение процесса на весь мышечный слой до серозной оболочки
6. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 1 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) **Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей**
  - 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
  - 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
  - 4) Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см
7. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей
  - 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
  - 3) **Эндометриодная киста менее 5-6 см**
  - 4) Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см
8. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей
  - 2) **Эндометриодная киста более 5-6 см**
  - 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
  - 4) Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см
9. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ 4 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Мелкие точечные эндометриоидные образования, без образования кистозных полостей
  - 2) Эндометриодная киста более 5-6 см
  - 3) Эндометриодная киста менее 5-6 см
  - 4) **Двусторонние эндометриоидные кисты более 6 см**
10. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 1 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечноматочного углубления, спаянный процесс в области придатков матки
  - 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
  - 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
  - 4) **Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки**
11. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечноматочного углубления, спаянный процесс в области придатков матки
  - 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
  - 3) **Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища**
  - 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки
12. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 3 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечноматочного углубления, спаянный процесс в области придатков матки
  - 2) **Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки**
  - 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
  - 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки
13. **ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 4 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО**
- 1) **Вовлечение в патологический процесс прямой кишки и прямокишечноматочного углубления, спаянный процесс в области придатков матки**
  - 2) Распространение на кресцово-маточные связки и серозную оболочку прямой кишки
  - 3) Прорастание эндометриоза в шейку матки, и стенку влагалища
  - 4) Эндометриодные очаги распространяются в пределах ретро-вагинальной клетчатки
14. **К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ**
- 1) Тазовой боли
  - 2) Нарушение менструального цикла
  - 3) Бесплодие
  - 4) **Воспалительный процесс эндометрия**
15. **ДЛЯ БОЛЕЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ХАРАКТЕРНО**
- 1) **Пик боли в менструацию**
  - 2) Спастические боли
  - 3) Пик болей после менструации
  - 4) Тянущие боли
16. **КАКУЮ ФОРМУ АДЕНОМИОЗА ОБНАРУЖИВАЮТ ЧАЩЕ**
- 1) Диффузно-узловую
  - 2) Узловую
  - 3) **Диффузную**
  - 4) С одинаковой частотой
17. **ПРИ АДЕНОМИОЗЕ МАТКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В РАЗМЕРЕ**
- 1) **В длину**

- 2) В передне-заднем размере
- 3) В поперечном размере
- 4) Увеличивается шейка матки

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ:

**1) Имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).**

2) Это патология трофобласта, при которой ворсинки наружной зародышевой оболочки (хориона) перерождаются в цисты — огромное количество маленьких пузырьков, наполненных жидкостью и занимающих постепенно всю полость матки.

3) Неотложное состояние в гинекологии, характеризующееся внезапным нарушением целостности (разрывом) тканей яичника.

4) Инфекционное воспаление фаллопиевых (маточных) труб.

2. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) 0,1-0,7%

2) 0,3-0,4%

**3) 98-99%**

4) 45-50%

3. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯИЧНИКОВОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ:

**1) 0,1-0,7%**

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

4. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ:

**1) 0,1-0,4%**

2) 0,3-0,4%

3) 98-99%

4) 45-50%

5. ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРЮШНОЙ ФОРМЫ БЕРЕМЕННОСТИ

1) 0,1-0,4%

**2) 0,3-0,4%**

3) 98-99%

4) 45-50%

6. БЕРЕМЕННОСТЬ НЕИЗВЕСТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭТО?

**1) Состояние, при котором уровень  $\beta$ -ХГЧ составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется.**

2) Плодный мешок с отсутствием эмбриона и минимальным числом структур

3) Плодное яйцо не визуализируется при сканировании

4) Отсутствие сердечной деятельности при сроке беременности более 12 недель

7. ПО ТЕЧЕНИЮ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДЕЛИТСЯ:

1) Прогрессирующая, регрессирующая

2) Прерывание по типу трубного аборта

3) Прерывание по типу разрыва трубы

**4) Прогрессирующая, нарушенная**

8. ПО НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДЕЛИТСЯ:

**1) Осложненная, не осложненная**

2) Инфицированная, не инфицированная

3) Инфицированная, не осложненная

4) Осложненная, не инфицированная

9. ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) Ожирение

2) Приём КОК

**3) Стерилизация**

4) Воспалительные заболевания органов ЖКТ

10. ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1) Предыдущая потеря беременности на раннем сроке

**2) Операция на маточных трубах**

3) Возраст матери менее 20 лет

4) Наркомания

11. КРИТЕРИИ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ ВРАЧУ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ:

- 1) Содержание  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови 500-1000 МЕ/л, абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.
- 2) Содержание  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови 1000-1500 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется
- 3) Содержание  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови 1500-2000 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется
- 4) Содержание  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л, при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется, абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.**
12. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:
- 1) Тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей
- 2) Клиника «острого живота»; боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла- после задержки менструации- мажущие кровянистые выделения.**
- 3) Боли внизу живота, сопровождающиеся лихорадкой, ознобом, недомоганием
- 4) Схваткообразные боли внизу живота
13. В НОРМЕ ПРИРОСТ В-ХГЧ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:
- 1) Каждые 12 часов
- 2) Каждые 24 часа
- 3) Каждые 48 часов**
- 4) Каждые 36 часов
14. ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ УРОВНЯ В-ХГЧ И РЕЗУЛЬТАТОВ УЗИ У КЛИНИЧЕСКИ СТАБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОК: В-ХГЧ БОЛЕЕ 2000 ЕД/Л И УЗИ: В МАТКЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕТ, В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЕДЕНИЯ.
- 1) Высокая вероятность внематочной беременности
- 2) Повторить УЗИ и  $\beta$ -ХГЧ через 48-72 часа**
- 3) Беременность не прогрессирует, обеспечить надлежащее обследование для уточнение диагноза.
- 4) Повторить  $\beta$ -ХГЧ через 48-72 часа
15. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ:
- 1) Рекомендуются женщине обратиться к гинекологу по месту жительства или ЖК.
- 2) Женщина должна быть госпитализирована бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.**
- 3) Женщина самостоятельно должна обратиться в стационар хирургического профиля.
- 4) Никуда не обращаться.
16. ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ЭТО:
- 1) Развитие беременности в рубце после кесарево сечения
- 2) Беременность неизвестной локализации
- 3) Сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочная локализация другого.**
- 4) Имплантация оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки произошла, но развитие плода не начинается.

8, 9 семестр изучения в соответствии с УП

форма промежуточной аттестации – зачет, зачет

<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК- 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах ПК-2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность ПК-5 Готов проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
<b>Код и наименование индикатора:</b>	<p>ОПК-7.02 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности</p> <p>ОПК-7.03 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p> <p>ПК-1.01 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах</p> <p>ПК-1.02 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах</p> <p>ПК-2.01 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования</p> <p>ПК-2.02 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>ПК-2.03 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>ПК-2.04 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.01 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.02 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.03 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного</p> <p>ПК-5.01 Организует и проводит профилактические мероприятия (диспансеризацию и диспансерное наблюдение, иммунопрофилактику санитарно-противоэпидемические мероприятия) в соответствии с действующими нормативными и правовыми актами</p>

## Тестовые задания

### Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенции ОПК-7; ПК -1; ПК -2; ПК-3; ПК-5

1. По принципам Безопасного Материнства первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится:

Ответ: сразу после рождения

2. Какое исследование является наиболее подходящим для наблюдения за состоянием плода во время беременности?

Ответ: Измерение высоты стояния маточного дна

3. Укажите начальный уровень гемоглобина у беременной, при котором необходимо лечебное вмешательство:

Ответ: <100 г/л

4. Какой критерий используется для диагностики тяжелой преэклампсии:

Ответ: **Диастолическое кровяное давление >100mmHg, Систолическое кровяное давление >160mmHg с протеинурией 300мг или больше**

5. Как часто необходимо проводить влагалищное исследование в первом периоде физиологически протекающих родов?

Ответ: **Каждые 4 часа**

6. Как часто Вы должны выслушивать сердцебиение плода в процессе родов?

Ответ: **Каждые 30 минут**

7. Какую позицию Вы посоветуете принять женщине в первом периоде физиологических родов?

Ответ: **Положение по желанию женщины**

8. Когда необходимо начать заполнение партограммы ?

Ответ: **При поступлении в родзал с регулярными схватками**

9. Пересечение линии действия на партограмме означает:

Ответ: **Быстро оценить ситуацию с целью принятия решения**

10. Минимально допустимый прогресс раскрытия шейки матки в активном периоде родов является

Ответ: **1см/ч**

11. Когда можно родильнице тужиться во втором периоде родов?

Ответ: **При появлении желания**

12. При какой позиции женщины во втором период родов возможна большая кровопотеря в родах?

Ответ: **стоя**

13. Какая температура должна поддерживаться в родильном блоке ?

Ответ: **25 градусов**

14. Какую дозу дексаметазона следует назначить при преждевременных родах для профилактики РДС плода:

Ответ: **по 6 мг х 2 раза в сутки 2 дня**

15. До какого срока беременности при преждевременных родах следует проводить профилактику РДС плода:

Ответ: **до 34 недель**

16. Концентрация ХГ, как маркера беременности увеличивается до:

Ответ: **11-12 недель**

17. По принципам Безопасного Материнства активное ведение 3-го периода родов предусматривает введение окситоцина:

Ответ: **сразу после рождения плода**

18. Дайте определение перинатального периода:

Ответ: **с периода жизнеспособности плода и 28 дней после родов**

19. При пролонгировании беременности в сроке до 36 недель при излитии околоплодных вод антибактериальную терапию следует начать через:

Ответ: **сразу при поступлении в стационар**

20. При активном ведении 3-го периода родов окситоцин вводится в дозе:

Ответ: **10 ЕД внутримышечно однократно**

21. По какой формуле следует рассчитывать показатель материнской смертности:

Ответ: **(число умерших беременных, рожениц и родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми) х 100 000.**

22. По какой формуле следует рассчитывать показатель материнской смертности от акушерских кровотечений:

Ответ: **(число женщин, умерших от акушерских кровотечений) / (число родившихся живыми) х 100 000.**

23. При проведении двойного биохимического теста при пренатальном скрининге на генетическую патологию плода в сроки 16-21 неделя беременности исследуют:

Ответ: **АФП и ХГЧ**

24. Пренатальный биохимический скрининг в 1 триместре беременности проводится в сроки:

Ответ: **10-14 недель**

25. Пренатальный биохимический скрининг во II триместре беременности проводится в сроки:

Ответ: **20-22 недели**

26. Первичной профилактикой рака шейки матки является:

Ответ: **вакцинация**

27. Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода произведено влагалищное исследование, при котором выявлено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода справа. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

Ответ: **после амниотомии произвести классический поворот плода с последующей экстракцией его за ножку.**

28. Тазовое предлежание плода выявлено у повторнородящей в сроке 32 недели. Тактика врача женской консультации?

Ответ: **рекомендовать выполнение корригирующей терапии**

29. В женскую консультацию обратилась беременная 29 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе 1 роды и 3 мед. аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Какой диагноз наиболее вероятен?

Ответ: **угрожающий самопроизвольный выкидыш**

30. За консультацией обратилась беременная 30 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 16-17 недель. В анамнезе 1 роды и 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 14-15 недель. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Тактика врача женской консультации?

Ответ: **госпитализировать беременную**

31. На 3-е сутки после родов родильница 35 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота и пояснице, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39 С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение и выделение последа. Какой диагноз наиболее вероятен?

Ответ: **эндометрит**

32. На 4-е сутки после родов родильница 30 лет предъявляет жалобы на , озноб, головную боль, повышение температуры тела до 38,9 С. Молочные железы умеренно нагрубшие.

В анамнезе - два мед. аборта, хронический цистит, хронический пиелонефрит. Какой диагноз наиболее вероятен?

Ответ: **мастит**

34. Больная 25 лет обратилась с жалобами на болезненность и нагрубание молочных желез, отечность лица и голеней, вздутие живота, потливость, прекращающиеся после очередной менструации. При гинекологическом осмотре - патологии не выявлено. Какая форма предменструального синдрома наиболее вероятна в данном наблюдении?

Ответ: **отечная**

35. В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 11-13 недель. В анамнезе 1 роды, осложнившиеся разрывом шейки матки 1 степени и 1 самопроизвольный выкидыш в раннем сроке с выскабливанием полости матки. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3,0 см, наружный зев зияет, канал шейки матки проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев, матка увеличена соответственно сроку

беременности, выделения из половых путей слизистые. Какой диагноз наиболее вероятен?

Ответ: **истмико-цервикальная недостаточность**

**36.** Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/70 мм.рт.ст. Схватки через 2-3 минуты по 50 секунд, хорошей силы. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26-27-30-18 см. Сердцебиение плода глухое. Катетеризация мочевого пузыря не удается из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ: **клинический узкий таз, начавшийся разрыв матки**

**37.** Через 30 минут после начала второго периода родов диагностирован: клинический узкий таз, начавшийся разрыв матки. Тактика врача?

Ответ: **экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки**

**38.** В родильный дом доставлена роженица, у которой установлено запущенное поперечное положение и выпадение ручки плода. Сердцебиение плода не выслушивается. Какой способ родоразрешения возможен в данной ситуации?

Ответ: **выполнить декапитацию плода**

**39.** В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная без сознания после трех приступов эклампсии. Срок беременности 32 недели. Состояние крайне тяжелое. АД 180/120 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, 142 уд. в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, канал закрыт. Тактика ведения беременной?

Ответ: **родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке**

**40.** У повторнородящей роды продолжаются в течение 12 часов. Околоплодные воды целы. Внезапно появились сильные распирающие боли в животе, резкая бледность кожных покровов. Сердцебиение плода - брадикардия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь напряжен, головка в полости малого таза. Ваша тактика?

Ответ: **вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы**

**41.** У первородящей в первом периоде родов через 30 минут после влагалищного исследования излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Ваша тактика?

Ответ: **провести аускультацию сердцебиения плода**

**42.** Третий период родов продолжается 30 минут. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря - 200 мл. и кровотечение продолжается. Ваша тактика?

Ответ: **произвести ручное отделение и выделение последа**

**44.** Первородящая 26 лет, доставлена в родильный дом бригадой скорой медицинской помощи после приступа эклампсии, который произошел дома. Срок беременности 36-37 недель. Сознание заторможено. Кожные покровы бледные, анасарка, АД 150/100 мм.рт.ст. Тактика ведения?

Ответ: **кесарево сечение после интенсивной терапии в течение 2-3 часов.**

**45.** Повторно беременная, 36 лет с доношенной беременностью поступила в стационар с излившимися околоплодными водами. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом. Врачебная тактика?

Ответ: **выполнить операцию кесарева сечения в экстренном порядке**

**46.** У повторнородящей, 26 лет установлено смешанное ягодичное Предлежание плода. Во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд. В минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено: ягодички и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины. Ваша тактика?

Ответ: **произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке**

47. Роженица, 21 года поступила во втором периоде родов. Головка плода находится в узкой части полости малого таза. Во время потуг произошел приступ эклампсии. Какова дальнейшая тактика?

Ответ: **провести комплексную интенсивную терапию и продолжить консервативное лечение**

48. Больная 31 года поступила в стационар с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей и тянущие боли внизу живота. Задержка месячных - 2 месяца. В анамнезе - три самопроизвольных выкидыша. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 8 недель беременности, придатки без патологии, своды глубокие. Симптом "зрачка" отрицательный. Ваш предварительный диагноз?

Ответ: **начавшийся выкидыш**

50. Больная 31 года поступила в стационар с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей и тянущие боли внизу живота. Задержка месячных - 2 месяца. В анамнезе - три самопроизвольных выкидыша. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, наружный зев вкладывает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 8-9 недель беременности, придатки без патологии, своды глубокие. Дальнейшая тактика?

Ответ: **начать гормональную и спазмолитическую терапию, направленную на сохранение беременности**

51. Больная 50 лет обратилась к гинекологу с эрозией шейки матки. Произведена биопсия шейки матки. Гистологическая картина - плоскоклеточный неороговевающий рак. Глубина инвазии 5 мм. Определите стадию заболевания.

Ответ: **II B**

52. После кольпоскопии у 38-летней женщины результаты биопсии слизистой оболочки шейки матки оказались без патологических изменений (отрицательный результат биопсии), в то же время в соскобе из цервикального канала выявлены атипичные клетки (положительный результат). Какое действие следует предпринять?

Ответ: **провести конизацию шейки матки**

53. 50-летняя женщина с диагностированной миомой матки обратилась с жалобами на нерегулярные менструальные кровотечения. Из анамнеза: обильные менструации каждые 5-6 недель, в последние три цикла появились межменструальные кровянистые выделения продолжительностью 5-7 дней. Тактика ведения больной?

Ответ: **диагностическое выскабливание полости матки**

54. 38-летняя женщина с диагностированной миомой матки обратилась с жалобами на умеренную боль внизу живота. Из анамнеза: 3 года назад ей произвели хирургическую стерилизацию. При осмотре: матка увеличена соответственно 14 неделям беременности, слева в области дна четко определяется миоматозный узел размером 4 см. Наиболее правильная тактика ведения данной больной?

Ответ: **гистерэктомия**

55. У 28-летней женщины, имеющей одного ребенка диагностированная миома матки, соответствующая 13-14 неделям беременности. Жалобы на гиперменорею, боли внизу живота. Ваша тактика?

Ответ: **консервативная миомэктомия**

56. Больная 30 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 90 уд. в минуту, температура тела -37С. При влагалищном обследовании: матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Спереди и справа от матки пальпируется образование размером 5х6 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении, слева придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые. Предварительный диагноз?

Ответ: **перекрут ножки опухоли яичника**

57. Больная 28 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При влагалищном обследовании: матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Спереди и справа от матки пальпируется образование размером 5х6 см,

тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении, слева придатки не определяются, своды свободные, выделения слизистые.

Выставлен предварительный диагноз - перекрут ножки опухоли яичника.

Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

Ответ: **экстренное чревосечение, удаление правых придатков матки**

**58.** Пациентке 25 лет во время аборта произведена перфорация матки кюреткой. Ваша тактика?

Ответ: **экстренное чревосечение, ушивание перфорационного отверстия, ревизия органов брюшной полости**

**59.** Больная 45 лет поступила в стационар по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована, тело матки увеличено до 9-10 недель беременности, плотное, безболезненное. Придатки не изменены. Оптимальный объем операции?

Ответ: **экстирпация матки без придатков**

**60.** Больная 43 лет поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована, тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, безболезненное. Придатки не изменены, выделения слизистые. Какой фактор влияет на выбор объема операции в данном наблюдении?

Ответ: **состояние шейки матки**

**61.** Больной 23 лет произведена гистеросальпингография по поводу первичного бесплодия. На снимке: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с булавовидными расширениями в ампулярных отделах, выхода контрастного вещества в брюшную полость не наблюдается. Для какого заболевания наиболее характерны подобные изменения?

Ответ: **туберкулез половых органов**

**62.** Больная 58 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза - 10 лет. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции, слизистая оболочка влагалища легко ранима, шейка матки чистая, симптом зрачка "отрицательный", из канала шейки матки скудные кровянистые выделения. Матка обычных размеров, придатки не определяются, параметрии свободные. Предварительный диагноз?

Ответ: **рак тела матки**

**63.** У пациентки 54 лет после биопсии шейки матки получен результат гистологического исследования: плоскоклеточный неороговевающий рак. Глубина инвазии - 5 мм. Определите объем и тактику лечения больной?

Ответ: **Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией**

**64.** Жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Половая жизнь регулярная, не предохраняется. Состояние удовлетворительное. При трансвагинальной эхографии заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Тактика врача женской консультации?

Ответ: **экстренная госпитализация для уточнения диагноза**

**65.** В связи с метастатической гестационной трофобластической неоплазией женщина в течение 1 года проходила химиотерапию. После обследования три месяца назад проба на ХГТ была отрицательной, рентгенологическое исследование легких патологии не выявило. После этого ежемесячные пробы на ХГТ были отрицательными. Что показано данной пациентке в первую очередь?

Ответ: **рентгенологическое исследование органов грудной клетки**

**66.** Пациентке произвели выскабливание полости матки в связи с пузырьным заносом. За три недели послеоперационного периода титр ХГТ постепенно снизился до 6500 мМЕмл и с тех пор держится на этом уровне. Что нужно сделать данной пациентке в первую очередь?

Ответ: **рентгенологическое исследование органов грудной клетки**

**67.** Роженица поступает в родильное отделение с жалобами на болезненные схватки, возникающие каждые 2 минуты. Раскрытие шейки матки 2 см. Спустя 2 часа она продолжает жаловаться на болезненные частые схватки, раскрытие маточного зева по-прежнему 2 см. Диагноз?

Ответ: **дискоординированная родовая деятельность**

68. Роженица поступает в родильное отделение с регулярными схватками каждые 5 минут, раскрытие шейки матки 3 см. Спустя 2 часа, схватки каждые 2-3 минуты, излились светлые воды, открытие зева - 6 см. Диагноз?

Ответ: **активная фаза родов**

69. Больная 56 лет обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота. В анамнезе - двое родов крупным плодом. Соматической патологии не выявлено. При осмотре: при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, шейка матки элонгирована, гипертрофирована, гиперемирована, передняя и задняя стенка влагалища опущены, отмечается расхождение мышц, поднимающих задний проход. Диагноз?

Ответ: **полное выпадение шейки матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки**

70. Больная 51 года (постменопауза 2 года), поступила в стационар с жалобами на общее недомогание и тянущие боли внизу живота. При осмотре отмечено: увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании определяется матка нормальных размеров, смещена влево. Справа от матки определяется бугристое, малоподвижное безболезненное образование плотной консистенции размером 10x10 см.. Предварительный диагноз?

Ответ: **Рак яичников**

73. Больная 55 лет с неотягощенным соматическим анамнезом и установленным диагнозом: Полное выпадение шейки матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки. Цисто- и ректоцеле. Какова тактика лечения больной?

Ответ: **влагалищная экстирпация матки, передняя и задняя кольпорафия, леваторопластика**

74. У пациентки 54 лет после биопсии шейки матки получен результат гистологического исследования: плоскоклеточный неороговевающий рак. Глубина инвазии - 5 мм. Каков первый этап лимфогенного метастазирования при раке шейки матки?

Ответ: **наружные и внутренние подвздошные и запирающие лимфатические узлы**

75. Больная 58 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза - 10 лет. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции, слизистая оболочка влагалища легко ранима, шейка матки чистая, симптом зрачка "отрицательный", из канала шейки матки скудные кровянистые выделения. Матка обычных размеров, придатки не определяются, параметрии свободные. Какие дополнительные методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

Ответ: **раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскобов**

76. Больная 19 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5С и гнойные выделения из половых путей, болезненное мочеиспускание. При осмотре: уретра инфильтрирована, в зеркалах - шейка матки гиперемирована, эрозирована, выделения обильные слизисто-гнойные. При влагалищном исследовании: матка не увеличена, болезненна при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны. При бактериоскопии мазков - гонококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно. Диагноз?

Ответ: **свежая острая восходящая гонорея**

77. Беременная Л., 23 лет. Срок беременности 28 недель. Поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, сухость во рту, повышенную жажду, боли в области сердца, одышку, чувство тяжести и боли в эпигастрии, тошноту и рвоту с примесью крови, кровоточивость десен, потерю массы тела в течение 6 недель, кожный зуд, озноб. Объективно: Кожные покровы желтушной окраски. АД 90/60 мм.рт.ст., PS 100 уд. в мин. В анализах - умеренная гипохромная анемия, выраженный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево. Выраженная гипопротениемия. Резкое повышение в крови мочевины, креатинина. Холестерин в пределах нормы. Лабораторные признаки синдрома ДВС.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Острый жировой гепатоз беременных**

**78.** Машиной скорой помощи в экстренном порядке в гинекологическое отделение доставлена женщина Л., 22 лет. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: последняя менструация два месяца назад.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски, Ps 84 в мин. Температура тела 37°C. АД 110/70 и 110/70 мм рт. ст.

Per speculum: шейный канал раскрыт, виден нижний полюс плодного яйца, выступающего во влагалище.

Per vaginam: тело матки увеличено до 6-недельного срока беременности, мягкой консистенции. Придатки не определяются. Своды влагалища не нависают. Выделения кровянистые, яркие, обильные. Канал шейки пропускает палец, в нем определяется плодное яйцо, свободно по всей окружности. Кровопотеря около 500 мл.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Беременность 6 недель. Самопроизвольный аборт в ходу**

**79.** Беременная М., 20 лет, 20 октября доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи, в экстренном порядке. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза. Половая жизнь с 20 лет. Последняя менструация 2-6 августа. Беременность первая, в браке, желанная.

Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Температура тела 36,6°C, Ps 120 в мин, АД 90/40 и 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный внизу живота. Диурез снижен. Кровопотеря около 1500 мл.

Per vaginam: большое количество сгустков крови во влагалище. Шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для двух пальцев. Тело матки мягкой консистенции, увеличено о 6-недельного срока беременности. Придатки не пальпируются.

Диагноз?

Ответ: **Беременность 10 недель. Самопроизвольный неполный аборт. Геморрагический шок II степени.**

**80.** Женщина Н., 26 лет, 5 мая обратилась в женскую консультацию по поводу задержки очередной менструации. Жалобы на тошноту, рвоту по утрам, отвращение к мясной пище, утомляемость, раздражительность. Последняя менструация 25-28 марта. Контрацептивными средствами не пользуется. За последние 2 года - три мед.аборта.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски, чистые. Температура тела 36,7°C. АД 120/80 мм рт. ст. Ps 72 в мин. Живот мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах.

Per speculum: шейка матки резко цианотичная, гипертрофирована, бочкообразной формы, наружный зев закрыт, децентрично расположен, смещен вправо и вверх. Выделения мажущие, кровянистые.

Per vaginam: тело матки мягкой консистенции, незначительно увеличено. Придатки не пальпируются.

Своды не нависают. Движения за шейку безболезненные.

Диагноз?

Ответ: **Шеечная беременность. ОАА.**

**81.** Беременная О., 35 лет, доставлена 30 июня в 19 часов в роддом машиной скорой помощи, в экстренном порядке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли внизу живота и пояснице, последняя менструация 27-30 сентября, настоящая беременность пятая.

Акушерский анамнез отягощен - 3 мед.аборта. Со слов женщины во второй половине беременности, в сроке 27 недель появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. К врачу не обращалась.

30 июня в 17 часов появились незначительные боли внизу живота и пояснице, а в 18 часов умеренные кровянистые выделения из половых путей. Доставлена в роддом.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. АД 120/80 и 120/80 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Отеков нет. Матка мягкая, безболезненная. Положение

плода продольное. Предлежащая часть плода определяется нечетко, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин. На подкладной пятно алой крови.

Per speculum: шейка матки цианотичная, из наружного зева выделяется алая кровь.

Per vaginam: шейка матки размягчена, длиной до 1,5 см, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть плода плотная, округлая. За внутренним зевом определяется шероховатость. Выделения кровянистые, умеренные.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Беременность 39 недель. Подготовительный период. Краевое предлежание плаценты. ОАА.**

**82.** Беременная П., 18 лет, поступила в роддом 15 марта в 8 ч 10 мин на машине скорой помощи, в экстренном порядке с жалобами на резкие боли внизу живота и слабость в течение последнего часа.

Последняя менструация 12-17 июля, беременность первая, вне брака, с 30-недельного срока получала стационарное лечение в отделении патологии беременности по поводу гестоза.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, отеки голеней. АД 90/50 и 90/50 мм рт. ст., Ps 120 в мин. Матка овоидной формы, плотная, не расслабляется. Положение плода продольное. Предлежащая часть плода не определяется из-за гипертонуса матки, сердцебиение приглушено, ритмичное, 170 уд/мин.

Per speculum: шейка матки отклонена кзади, чистая, выделения кровянистые.

Per vaginam: шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал пропускает один палец, предлежащая часть плода - плотная, округлая над входом в малый таз. Плодный пузырь цел. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Беременность 35 недель. ПОНРП. Геморрагический шок II степени. Внутриутробная гипоксия плода.**

**83.** Роженица Р., 28 лет, находится в родовом зале. Последняя менструация 23-26 августа, беременность третья, две предыдущие закончились внебольничными абортми с последующим выскабливанием полости матки. Родовая деятельность с 4 часов утра 27 мая, доставлена в роддом. Роды осложнились первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление, использовался медикаментозный сон. 28 мая в 6 часов утра родоразрешилась через естественные родовые пути живым доношенным ребенком женского пола. Самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре - цел, оболочки все. Осмотр шейки матки в зеркалах: цела. Разрывов влагалища и промежности нет.

Состояние удовлетворительное. Масса тела 80 кг. Кожные покровы бледные. АД 110/60 и 110/60 мм рт. ст., Ps 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. Матка при пальпации мягкая, дно на уровне пупка. Из половых путей обильные кровянистые выделения. Кровапотеря 500 мл.

Диагноз?

Ответ: **Затяжные срочные роды 1, ранний послеродовый период. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности. Гипотоническое кровотечение. ОАА.**

**84.** Роженица С., 33 года, поступила 1 июня в роддом по поводу начала родовой деятельности, излития околоплодных вод. Последняя менструация 22-25 августа, беременность третья, одни преждевременные роды, вторые роды были затяжными, ребенок умер на вторые сутки. Настоящая беременность без осложнений. Через 12 часов появились жалобы на частые, болезненные схватки, затрудненное мочеиспускание, женщина кричит, мечется в кровати.

Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Ps 100 в мин, АД 130/80 и 130/80 мм рт. ст. Матка в форме "песочных часов", контракционное кольцо во время потуг на уровне пупка. Матка в постоянном гипертонусе, резко болезненная при пальпации. Положение плода продольное. Предлежащая часть плода из-за напряжения и болезненности матки не определяется, пальпация нижнего сегмента очень болезненная. Размеры таза: 25-26-29-18 см. Индекс Соловьева 15 см. Признаки Вастена и Цангемейстера положительные. Сердцебиение плода 110 уд/мин.

Дополнительные методы обследования Кардиотахограмма по Фишеру 4 балла.

Токограмма: тонус матки 20 мм рт. ст., схватки по 90-100 секунд, через 20 секунд, силой 50 мм рт. ст., за

10 мин - 4,5 схватки.

Per vaginam: открытие шейки матки полное, края ее отечны. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке большая родовая опухоль. Мыс не достижим. Моча выведена катетером, окрашена кровью. Диагноз?

Ответ: **Срочные роды III, II период родов. Угрожающий разрыв матки. Клинически узкий таз. Острая тяжелая гипоксия плода. ОАА.**

**85.** Роженица Т., 32 лет, доставлена 5 декабря в 10.30 в ЦРБ санавиацией. Жалобы на схваткообразные боли в животе, боли в области послеоперационного рубца, появившиеся 1 час назад, отсутствие шевелений плода. Последняя менструация 27-30 марта. Беременность третья, первая беременность закончилась срочными родами через естественные родовые пути живым ребенком. Вторая, шесть лет назад, преждевременными родами путем операции корпорального кесарева сечения по поводу предлежания плаценты, послеоперационный период осложнился метроэндометритом, получала лечение в стационаре.

Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Ps 130 в мин. АД 70/0 и 70/10 мм рт. ст. Живот имеет неправильную форму, болезненный при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируются мелкие части плода. Сердцебиение плода не выслушивается. Контуры матки отсутствуют. Схваток нет. Из половых путей умеренные кровянистые выделения.

Общий анализ крови: эритроциты  $1,5 \times 10^{12}/л$ , Hb 62 г/л, Ht 23%.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Преждевременные роды III в сроке 35 недель. Совершившийся разрыв матки. Внутриутробная гибель плода. Геморрагический шок III степени. ОАА. Рубец на матке.**

**86.** Роженица Ф., 30 лет, поступила в родильный дом 10 апреля в связи с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. При поступлении излилось около 2 литров светлых околоплодных вод. Последняя менструация 1-4 июля. Беременность 4 - настоящая.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Язык влажный. АД 110/70 и 115/70 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Внутренние органы без патологии. Дно матки на 3 см ниже мечевидного отростка. В дне матки определяется мягкая объемная часть плода. Спинка слева. Предлежит плотная округлая часть плода, прижата к входу в малый таз. ОЖ 100 см, ВДМ 40 см, размеры таза: 25-27-31-22 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин. Пальпаторно схватки через 2-3 минуты по 30-35 секунд средней силы.

Per vaginam: влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие 2 см. Плодный пузырь цел.

Предлежит плотная, округлая часть плода, прижата к входу в малый таз. Таз емкий. Мыс не достижим.

Дополнительные методы обследования

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 8 баллов.

Токограмма: схватки силой 50 мм рт. ст., по 60 секунд, через 60 секунд, за 10 минут - 4 схватки.

Базальный тонус матки 10 мм рт. ст.

Диагноз?

Ответ: **Срочные роды II, I период родов. Головное предлежание. Первая позиция. Многоводие. Раннее излитие околоплодных вод. Крупный плод. ОАА.**

**87.** Первородящая Х., 20 лет, поступила в родильный дом 30 июня в связи с развитием родовой деятельности 2 часа назад с жалобами на схваткообразные боли в животе. Последняя менструация 15-19 сентября. Беременность первая.

Общее состояние удовлетворительное. Возбуждена. Ps 85 в мин. АД 120/80 и 120/80 мм рт. ст. Патологии со стороны внутренних органов нет. Живот увеличен за счет беременной матки. Мочеиспускание не нарушено, стул нерегулярный, через 2-3 дня. Матка овоидной формы, дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка. Пальпаторно: схватки по 60-70 сек, через 30-40 сек, болезненные. В дне матки определяется объемная мягковатая часть плода, через боковые поверхности матки пальпация и определение позиции плода затруднено. В нижнем сегменте матки определяется плотная предлежащая часть плода, прижата к входу в малый таз. ОЖ 98 см, ВДМ 37 см. Размеры таза: 25-28-31-21 см.

Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 150 уд/минуту, справа ниже пупка.

Per vaginam: влагалище узкое, шейка матки сглажена, края тонкие, легко растяжимые, открытие 6 см.

Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата к входу в малый таз. Таз емкий. Крестцовая впадина хорошо выражена. Мыс не достижим. Стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, малый родничок слева спереди.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 7 баллов.

Токограмма: схватки силой 70-80 мм рт. ст., по 80-90 секунд, через 20-25 секунд, базальный тонус матки 15 мм рт. ст.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Срочные роды I, I период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод.**

**Дискоординированная родовая деятельность. Внутритрубная гипоксия плода средней степени.**

**ОАА. Возрастная первородящая.**

**88.** Беременная Э., 36 лет, в сроке беременности 22-23 недели, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности с жалобами на раздражительность, быструю утомляемость, бессонницу, сердцебиение, повышенную потливость, дрожание рук. Беременность - вторая. Первая закончилась год назад медицинским абортom, в сроке 8 недель по медицинским показаниям. Вторая, настоящая беременность осложнилась ранним гестозом (рвотой беременных легкой степени), угрожающим выкидышем. Лечилась самостоятельно. Принимала церукал, но-шпу, поливитамины. Страдает диффузным токсическим зобом с 22 лет. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы, повышенной влажности.

Щитовидная железа при пальпации увеличена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. АД 120/80 и 130/90 мм рт. ст., Ps 104 в мин. ЧДД 22 в мин. Размеры таза: 26-28-20-19 см. Матка в повышенном тонусе, расслабляется. Положение плода продольное. Предлежит головка.

Спинка справа, сзади. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Per uaginam: шейка длиной до 2,5 см, средней плотности, отклонена кзади от проводной оси таза.

Наружный зев пропускает кончик пальца. Мыс не достижим. Костный таз без патологии.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Беременность 28 недель. Головное предлежание. Продольное положение, вторая позиция, задний вид. Угрожающие преждевременные роды. Тиреотоксикоз. ОАА. Первородящая старшего возраста.**

**89.** Беременная И., 33 лет, наблюдалась в женской консультации регулярно, с 8 недель беременности.

Жалобы. В сроке беременности 24-25 недель появились жалобы на слабость, жажду, сухость во рту, зуд наружных половых органов. Беременность пятая. Первая 7 лет назад закончилась срочными родами живым доношенным ребенком, весом 4850 г., ростом 51 см. Последующие две беременности закончились медицинскими абортom, без осложнений. Четвертая беременность год назад закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 9-10 недель беременности, причина - отягощенный акушерский и соматический анамнез. Пятая, настоящая беременность осложнилась ранним гестозом (рвота беременной легкой степени тяжести), угрожающим выкидышем в срок 10-11 недель. Лечилась стационарно, эффект положительный. Наследственность отягощена сахарным диабетом у бабушки.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие. Женщина повышенного питания. Вес 104 кг, рост 167 см. АД 120/80 мм рт. ст., Ps 84 в мин. Размеры таза: 26-28-31-20 см. ОЖ 102 см, ВДМ 28 см. Тонус матки повышен. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 152 уд/мин, справа ниже пупка.

Per speculum: шейка матки чистая, цианотичная, наружный зев сомкнут. Выделения молочные, умеренные.

Per vaginam: влагалище свободное. Шейка матки сформирована, до 3-х см, плотная, отклонена кзади.

Наружный зев закрыт. Мыс не достижим. Предлежащая часть высоко над входом в малый таз, легко отталкивается.

Предварительный диагноз?

**Ответ: Беременность 24-25 недель. Угрожающие преждевременные роды. Крупный плод. Многоводие. ОАА. Сахарный диабет. Ожирение III степени.**

**90.** Беременная Щ., 30 лет, доставлена в роддом 17 июля в экстренном порядке машиной скорой помощи на носилках по поводу гестоза с жалобами на головную боль, шум в ушах, слабость, рвоту. Беременность первая. Последняя менструация 20 января. В сроке 13-14 недель наблюдалось повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли, носовые кровотечения. По этому поводу лечилась в терапевтическом отделении в течение 3-х недель. В сроке 20-22 недели вновь появились головные боли. 17 июля состояние ухудшилось, усилились головные боли, больше в височных областях, слабость, была однократная рвота. Наследственность отягощена - у обоих родителей ГБ.

Состояние тяжелое. Отеки голеней, передней брюшной стенки. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 150/90 и 160/100 мм рт. ст., Ps 98 в мин. Матка в повышенном тоне. В дне матки плотная округлая часть плода. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное. Предлежит мягкая, объемная часть плода, подвижна над входом в малый таз. Спинка слева, спереди. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 156 уд/мин, слева выше пупка.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, средней плотности, расположена по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для пальца. Пальпируется мягкая предлежащая часть плода, прижата по входу в малый таз. Мыс не достижим. Плодный пузырь цел.

Предварительный диагноз?

**Ответ: Беременность 34 недели. Тазовое предлежание, продольное положение, первая позиция, передний вид. Преэклампсия средней степени тяжести Гипертоническая болезнь III степени.**

**Внутриутробная гипоксия плода. Угрожающие преждевременные роды**

**91.** Первороберенная С., 20 лет, поступила 3 ноября в роддом по направлению женской консультации в плановом порядке на родовую госпитализацию. Жалоб не предъявляет. Последняя менструация 10 февраля. Беременность осложнилась анемией беременной легкой степени в 24 недели, лечилась амбулаторно С 14 лет страдает ревматизмом, находится на диспансерном учете. Отмечает частые простудные заболевания.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Отеков нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 110/70 и 110/70 мм рт. ст., Ps 78 в минуту. Матка в повышенном тоне, расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Спинка справа, спереди. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин, справа ниже пупка.

Per speculum: шейка матки чистая, слизистая цианотичная, рыхлая. Наружный зев зияет. Выделения молочные, умеренные.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, мягкая, расположена по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 1 пальца. Мыс не достижим. Костный таз без патологии.

Предварительный диагноз?

**Ответ: Беременность 38 недель. Головное предлежание. Ревматизм Ао. Недостаточность митрального клапана НК о.**

**92.** Беременная Р., 25 лет, поступила в роддом 5 мая по направлению женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице. Менструации с 16 лет, установились через два года, по 3-5 дней, через 25-28 дней, скудные, умеренно безболезненные. Последняя менструация с 4 по 8 ноября. В женской консультации наблюдается регулярно с 6-недельного срока. Беременность осложнилась угрожающим выкидышем в 8-9 недель, получала лечение: дексаметазон, дюфастон, спазмолитики, витамины, эффект от лечения положительный. При УЗИ матки - внутренний зев расширен до 1 см. В сроке беременности 16 недель в отделении патологии беременности перинатального центра наложен кисетный шов лавсаном на шейку матки по Макдональду. В 22 недели обследована на ВПГ (вирус простого герпеса), ЦМВ (цитомегаловирус), токсоплазмоз, хламидиоз. Обнаружен титр антител класса IgG на ВПГ 1:800, на ЦМВ 1:800, на хламидиоз IgG 1:400, токсоплазмоз отрицательный. Беременность - 2, 1 беременность закончилась внутриутробной гибелью плода в 9 недель, проведено abrasio cavi uteri.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, выраженный гирсутизм. Ps 76 в мин, АД 110/70 и 110/70 мм рт. ст. Матка при пальпации в повышенном тоне. Предлежащая часть плотная, округлой формы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Per speculum: влагалище узкое, длинное. Шейка матки чистая, конической формы, зев округлый.

Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginam: шейка матки сформирована, длиной 3 см, плотная, отклонена кзади. Мыс не достижим.

Наружный зев закрыт, выделений нет.

Диагноз?

Ответ: **Беременность 26 недель. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды.**

**Органическая и функциональная ИЦН. Шов на шейке матки по Макдональду.**

**Инфицированность ВПГ, ЦМВ. Хламидиоз.**

**93.** 5 мая в стационар поступила первобеременная К., 26 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. На учете не состоит. Менструации с 17 лет, установились через 2 года, скудные, болезненные. Со слов - замужем с 22 лет, не предохранялась П/м - 4 ноября. При обследовании гормонального статуса вне беременности обнаружено понижение уровня эстрадиола, прогестерона, повышение тестостерона и дегидроэпиандростерона.

Состояние удовлетворительное, пониженного питания, астенического телосложения. Рост 172 см, вес 65 кг. Кожные покровы физиологической окраски, выраженный гирсутизм. Молочные железы гипопластичны. Ps 76 в мин, АД 110/70 и 110/70 мм рт. ст. Матка при пальпации в повышенном тоне. Предлежащая часть плотная, округлой формы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

При осмотре: наружные половые органы сформированы неправильно, имеется гипоплазия больших половых губ, повышенное оволосение на внутренней поверхности бедер, по средней линии от лона до пупка (оволосение по мужскому типу).

Per speculum: влагалище узкое, длинное. Шейка матки чистая, конической формы, зев округлый.

Выделения слизистые, умеренные.

Per vaginam: шейка матки сохранена, длиной 3 см, плотная, отклонена кзади. Мыс не достижим.

Наружный зев закрыт, выделений нет.

Предварительный диагноз?

Ответ: **Беременность 26 недель. Головное предлежание, продольное положение. Угрожающие преждевременные роды. Адреногенитальный синдром. ОАА.**

**94.** Машиной скорой помощи 10 ноября доставлена в перинатальный центр роженица Д., 25 лет, в связи с начавшейся родовой деятельностью с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, слизистые выделения из половых путей. Последняя менструация 18-22 марта. Беременность третья, наблюдается регулярно.

Состояние удовлетворительное. Т 36,8°C, Ps 92 в мин, АД 110/70 мм рт. ст на обеих руках. Отеков нет.

ОЖ 80 см. ВДМ 30 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Пальпаторно: схватки регулярные, интенсивные, по 30 секунд, через 5-6 минут. Предлежащая часть плотная, округлой формы, прижата ко входу в малый таз. Спинка обращена влево. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд/мин.

Per speculum: шейка матки цианотичная, наружный зев открыт, пролабирует плодный пузырь, выделения слизистые.

Per vaginam: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, по проводной оси таза, открытие 4 см. Мыс не достижим. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Кости черепа мягкие, швы и роднички выражены. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодный пузырь цел.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 6 баллов.

Токограмма: базальный тонус 10 мм рт. ст., схватки силой 30 мм рт. ст., по 60 секунд, через 60 секунд, за 10 минут - 4 схватки.

Диагноз?

Ответ: **Преждевременные роды в сроке 34-35 недель. Головное предлежание, продольное положение, 1 позиция. Гипоксия плода легкой степени. ОАА.**

95. Машиной скорой помощи 5 мая доставлена в перинатальный центр роженица В., 26 лет, по поводу излития околоплодных вод в 6.00. Беременность первая, желанная, в браке. Последняя менструация 3 октября прошлого года.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Ps 78 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Отеков нет. ОЖ 80 см. ВДМ 28 см. Размеры таза: 27-29-30-20 см.

Пальпаторно матка в нормотонусе. Предлежащая часть плотная, округлой формы, над входом в малый таз. Спинка обращена влево. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 162 уд/мин.

Per speculum: шейка матки чистая, наружный зев приоткрыт, подтекают околоплодные воды с примесью мекония.

Per vaginam: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, отклонена кзади, открытие 1 см. Плодного пузыря нет. Мыс не достижим. Предлежит головка над входом в малый таз.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 5 баллов.

Токограмма: базальный тонус матки 5-10 мм рт. ст., родовых схваток нет.

Мазок на микрофлору: лейкоциты 30-40 в поле зрения, эпителий - единичные клетки в поле зрения.

Гонококки и трихомонады не обнаружены, обильная гр(+), гр(-) кокковая флора.

Диагноз?

Ответ: **Беременность 31-32 недели. Головное предлежание, продольное положение, 1 позиция.**

**Преждевременное излитие околоплодных вод. Внутриутробная гипоксия плода средней степени тяжести. Неспецифический кольпит.**

96. В роддом 22 июля доставлена из женской консультации машиной скорой помощи беременная Р., 30 лет, в связи с излитием околоплодных вод. Жалобы на подтекание околоплодных вод в течение часа, учащение шевелений плода в последние 2-3 дня. Менструации с 16 лет, нерегулярные, скудные, болезненные. Последняя менструация 25-29 сентября прошлого года. Первое шевеление плода ощутила 14 февраля. С 16 недель хроническая первичная компенсированная плацентарная недостаточность, получала стационарное лечение, эффект положительный.

Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые оболочки чистые, розовые. Температура тела 36,6°C, Ps 76 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Отеков нет. ОЖ 112 см. ВДМ 38 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Матка при пальпации мягкая. Длина плода в матке при измерении тазомером 30 см.

Предлежит головка над входом в малый таз, лобно-затылочный размер головки 12 см. Спинка обращена вправо. Сердцебиение плода справа ниже пупка приглушенное, ритмичное, 125 уд/мин.

При осмотре: большие половые губы гипопластичны. Оволосение на лобке выражено скудно.

Per speculum: влагалище узкое, свободное. Шейка матки конической формы, чистая. Зев округлый.

Подтекают мутные, густые зеленые воды в небольшом количестве. В водах пушковые волосы, сыровидная смазка.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, мягковатая, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды высоко определяется плотная предлежащая часть. Мыс не достижим.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 4-5 баллов.

III тип мазка (срок родов).

Диагноз?

Ответ: **Переношенная беременность. Хроническая ПН, первичная, субкомпенсированная.**

**Внутриутробная гипоксия плода средней степени тяжести. Преждевременное излитие вод. Крупный плод. Первородящая старшего возраста. Инфантилизм.**

97. Беременная В., 26 лет, поступила в роддом в 13.00 часов, в сроке беременности 43 недели, по поводу начавшейся родовой деятельности. Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C, Ps 76 в мин, АД 110/70 - 120/70 мм рт. ст. ОЖ 108 см. ВДМ 37 см. Размеры таза: 25-27-30-21 см. Пальпаторно: схватки регулярные, интенсивные, по 20-30 секунд, через 4-5 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Спинка обращена вправо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное

136 уд/мин.

Per vaginam: шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, легко растяжимые, по проводной оси таза, открытие 3 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. При осмотре излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Мыс не достижим.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 8 баллов.

В 23.00 часа родоразрешилась живым ребенком мужского пола, массой 3900 г, длиной 50 см. Кожные покровы чистые, закричал сразу, рефлексы хорошо выражены, движения активные, сердцебиение 134 уд/мин. На головке определяется большой родничок с гранью 2 см, в области малого родничка родовая опухоль. Пушковые волосы на плечиках. Кожа не мацерирована. Ногтевые пластинки доходят до края ногтевого ложа. Послед осмотрен - цел, без патологии.

Диагноз?

Ответ: **Запоздалые роды в 42-43 недели. Головное предлежание, 2 позиция. Преждевременное излитие вод.**

98. Роженица У., 28 лет, поступила в роддом в экстренном порядке, доставлена бригадой скорой помощи по поводу начавшейся родовой деятельности и появившихся кровянистых выделений из половых путей. Беременность 8-я. Первая - 7 лет назад, протекала без осложнений, родоразрешилась живым доношенным ребенком мужского пола, весом 3400 г. Вторая - 6 лет назад, трансцервикальный амниоцентез в сроке 25 недель, по социальным показаниям. Медаборты - 5. Последняя менструация 8-14 августа, первое шевеление плода 12 декабря, в женской консультации не наблюдалась.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. АД 105/65 и 100/60 мм рт. ст., Ps 88 в мин. ОЖ 84 см, ВДМ 31 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз, спинка спереди и справа, сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 уд/мин. Схватки пальпаторно по 60 сек, через 2-3 минуты. Из половых путей кровянистые выделения, обильные. Кровопотеря 500 мл.

Per speculum: шейка матки чистая, из цервикального канала обильные, алые кровянистые выделения.

Per uaginum: шейка матки отклонена кзади, укорочена до 1,5 см, средней плотности, наружный зев закрыт, через своды определяется шероховатая, мягкая, губчатая ткань.

Диагноз?

Ответ: **Преждевременные роды в сроке 32-33 недели, головное предлежание, передний вид, 1 позиция. Центральное предлежание плаценты. ОАА.**

99. К роженице Л., 25 лет, по санавиации в поселок была вызвана на себя бригада в составе акушера-гинеколога и анестезиолога. Жалобы на усталость, частые болезненные схватки.

Настоящая беременность первая, желанная, на учете в фельдшерско-акушерском пункте с 7-8 недель, посещала регулярно. Беременность осложнилась анемией легкой степени с 20 недель.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. АД 120/90 и 120/85 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Отеков нет. Размеры таза: 23-24-28-18, индекс Соловьева 15,5 см, ОЖ 110 см, ВДМ 40 см. Матка овоидной формы, положение плода продольное. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз, спинка спереди и справа. Схватки пальпаторно по 30-40 сек, через 1,5-2 мин. Родовая деятельность в течение 19 часов, воды не изливались, в течение 2-х часов сердцебиение плода не выслушивается. Признаки Цангемейстера и Вастена положительные. Мочеиспускание редкое, болезненное.

Per speculum: слизистая влагалища и шейки матки цианотичные, отечные. Выделения слизисто-сукровичные.

Per vaginam: шейка матки сглажена, края мягкие тонкие, открытие 12 см, плодный пузырь цел, вскрыт инструментально, излилось около 200 мл зеленых мутных околоплодных вод, стреловидный шов в правом косом размере плоскости входа в малый таз, мыс достижим, с. diagonalis 9 см. Крестцовая впадина выражена хорошо.

Предполагаемый диагноз?

Ответ: **Затяжные срочные роды I, головное предлежание, передний вид. Крупный плод. Клинически узкий таз. Интранатальная гибель плода. Общеравномерносуженый таз II степени. Амниотомия.**

**100.** При тяжелой преэклампсии начальная доза магнезиальной терапии:

Ответ: **4-5 граммов внутривенно за 20 минут**

**101.** Какой объем кровопотери в родах считается физиологическим:

Ответ: **до 400 мл**

**102.** При каком вставлении головка плода проходит полости малого таза своим большим косым размером:

Ответ: **при лобном предлежании**

**103.** Каких показателей гематокрита следует придерживаться при инфузионной терапии при преэклампсии.

Ответ: **29-30%**

**104.** Перитонит, на фоне хориоамнионита, начинается обычно на:

Ответ: **начало на 1-2 сутки после операции,**

**105.** Показанием для проведения прицельной биопсии шейки матки является:

Ответ: **цервикальная интраэпителиальная неоплазия**

**106.** Для подтверждения диагноза ВИЧ проводят следующие лабораторные исследования:

Ответ: **два положительных результата ИФА + иммуноблот**

**107.** Антитела к ВИЧ с наибольшей вероятностью выявляются после инфицирования:

Ответ: **через 6 месяцев**

**108.** Тактика врача при шеечной беременности:

Ответ: **чревосечение, экстирпация матки**

**109.** Пациентка Л., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с острым воспалением придатков матки. При обследовании обнаружена положительная реакция на ВИЧ. В каких случаях считать ВИЧ инфекцию лабораторно подтвержденной?

Ответ: **двукратная положительная реакция ИФА реакция + иммуноблот**

**110.** В женскую консультацию на учет встала первобеременная П., 24 лет, со сроком беременности 10 недель с известным ВИЧ положительным статусом. С какого срока беременности следует начать профилактическое лечение для снижения риска передачи ВИЧ инфекции роду?

Ответ: **с 14 недель**

**111.** Ребенок женского пола родился в срок. Строение наружных половых органов по интерсексуальному типу: увеличенный клитор, урогенитальный синус.

Диагноз:

Ответ: **адреногенитальный синдром**

**112.** У девочки 3-х лет мам заметила увеличение молочных желез, которые проявлялись на фоне простуды ребенка и исчезали при выздоровлении. Данный эпизод увеличения молочных желез уже третий.

Диагноз:

Ответ: **изолированное транзиторное телархе**

**113.** У девочки 5 лет в момент операции по поводу двусторонних паховых грыж в грыжевом мешке обнаружены яички, вправлены в брюшную полость.

Диагноз:

Ответ: **синдром тестикулярной феминизации**

**114.** Девушка 16 лет с хорошо развитыми вторичными половыми признаками обратилась к гинекологу в связи с первичным отсутствием менструаций.

Диагноз:

Ответ: **маточная форма аменореи**

**115.** У девушки 15 лет после 1 года регулярных менструаций менструации прекратились, т.е имеет место вторичная аменорея. Девушка с косметической целью похудела на 6 кг за два месяца и продолжает худеть.

Диагноз:

Ответ: **аменорея на фоне потери массы тела.**

**116.** Девушка 18 лет отмечает нерегулярные менструации с задержкой на 3-4 месяца. Объективно: повышенного питания, кожа сухая, язык утолщен, запоры.

Наиболее вероятный диагноз:

Ответ: **гипотиреоз**

**117.** Девочка 13 лет обратилась к педиатру в связи с увеличением живота и периодическими, регулярными болями в животе. Степень полового развития соответствует возрасту, менструаций не было. При пальпации живот ассиметричен, определяется образование тугоэластической консистенции, выступающее на 3 поперечных пальца над лоном. При ректальном исследовании образование деформирует капсулу прямой кишки.

Диагноз:

Ответ: **порок развития влагалища с задержкой оттока менструальной крови**

**118.** Мама с девочкой 14 лет обратилась к гинекологу в связи с отсутствием вторичных половых признаков и менструаций. При обследовании выявлены резко повышенные уровни гормонов гипофиза, ответственных за функцию яичников.

Диагноз:

Ответ: **яичниковая форма**

**119.** , 34 лет доставлена на машине скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на подъем температуры тела до 38,40С, боли внизу живота. Считает себя больной в течении 1 суток, когда впервые , на 7 день менструального цикла появились вышеуказанные жалобы. Объективно: состояние средней степени тяжести. Пульс 104 удара в 1 минуту, t - 38,40С. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом раздражения брюшины слева положительный. Гинекологический осмотр: на зеркалах - слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, выделения гнойные. PV: Шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Матка в правильном положении, нормальной величины. В области придатков матки с обеих сторон определяются болезненные образования, продолговатой формы.

Поставьте диагноз:

Ответ: **острый двусторонний аднексит**

**120.** Больная 26 лет обратилась к врачу гинекологу с жалобами на боли в области левой половой губы. Отмечает подъем температуры тела до 37,80С. При осмотре наружных половых органов выявлена отечность и гиперемия левой половой губы. При пальпации определяется образование в толще левой половой губы размером 5х4 см с участком размягчения в центре. Выберите правильный диагноз:

Ответ: **абсцесс баролиновой железы**

**121.** Больная А., 24 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей при задержке менструации на 2 недели. АД 100/60 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. На зеркалах: цианоз слизистой шейки матки, выделения кровянистые, темные. PV: матка слегка увеличена, подвижная, справа в области придатков определяется образование, болезненное, тестоватой консистенции. Задний свод уплощен, болезненный. Ваш диагноз:

Ответ: **внематочная беременность**

**122.** В гинекологическое отделение доставлена больная 36 лет с жалобами на боли внизу живота, рвоту, подъем температуры тела до 380С. Состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки, первичного бесплодия в течение 3 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 380С. Положительный симптом раздражения брюшины. При осмотре на зеркалах: шейка матки чистая, выделения бели. PV: матка увеличена до 5-6 недель, у правого угла матки определяется болезненное плотное образование размером 5х6 см. Область придатков без особенностей. Ваш диагноз:

Ответ: **перекрут ножки кисты яичника**

**123.** Больная О., 34 лет госпитализирована в экстренном порядке в гинекологическое отделение по поводу перекрута ножки миоматозного субсерозного узла. Во время операции по вскрытию брюшной полости обнаружено: Матка бугристая, превращена во множественную миоматозную опухоль, величиной до 13

недель беременности. По передней стенке - ножка субсерозного миоматозного узла перекручена, узел величиной 4x4 см, багрового цвета. Придатки с обеих сторон без видимой патологии. Какой объем операции показан в данном случае:

Ответ: **надвлагалищная ампутация матки без придатков**

**124.** В женскую консультацию обратилась больная 34 лет. Замужем 1 год. Задержка менструации на 12 недель, в течение суток держатся боли внизу живота справа, скудные кровянистые выделения. При пальпации живота в нижних отделах определяется образование, верхняя граница на 4 п/п выше лона, нижний полюс уходит в малый таз. На зеркалах: шейка чистая, выделения кровянистые. PV: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал проходим для 1 п/п пальца. Матка превращена в бугристую опухоль, общая величина 17-18 недель. Придатки не определяются. Выберите правильный диагноз:

Ответ: **беременность и миома матки, начавшийся аборт**

**125.** Больная 42 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные менструации. На зеркалах: шейка матки укорочена, в цервикальном канале - образование багрового цвета. Кровотечение обильное. PV: шейка матки укорочена, в зеве определяется образование размером 5x5 см мягковатой консистенции. Матка увеличена до 8-9 недель беременности, с гладкой поверхностью.

Область придатков без особенностей. Ваш диагноз:

Ответ: **миома матки, рождающийся субмукозный узел**

**126.** Больная В., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на подъем температуры до 38,0С, боли внизу живота, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, общую слабость, недомогание. Заболела 2 дня тому назад после произведенного медицинского аборта в сроке 8-9 недель. Объективно: пульс 96 уд. в 1 минуту. АД 120/70 мм рт ст, перитонеальных симптомов нет. На зеркалах: шейка матки чистая, выделения гнойно-сукровичные. PV: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, матка несколько больше нормы, болезненная при пальпации, придатки не определяются, область их безболезненная. Поставьте диагноз:

Ответ: **метроэндометрит**

**127.** Больная В., 25 лет, поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, подъем температуры тела до 38,50С. Заболела на 2-е сутки после введения катетера в полость матки с целью прерывания беременности в сроке 13-14 недель. На зеркалах: шейка матки чистая, выделения кровянистые, умеренные, цервикальный канал проходим для 2 п/п пальцев, матка увеличена до 12-13 недель беременности, мягкой консистенции, чувствительная при пальпации. Область придатков с обеих сторон без особенностей. Выберите правильный диагноз:

Ответ: **начавшийся неосложненный инфицированный аборт**

**128.** Больная Р., 28 лет, доставлена врачом скорой помощи в стационар с жалобами на подъем температуры тела до 40,0С, озноб, рвоту, боли в мышцах, желтуху с бронзовым оттенком, снижение диуреза, моча цвета мясных помоев, кровянисто-гноевидные выделения. Обратилась к врачу через 7 дней после введения в полость матки по катетеру раствора мыла с целью прерывания беременности в сроке 17-18 недель. На зеркалах: не шейке матки некротический налет, ихорозные выделения. PV: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, тела матки отчетливо не контурируется, увеличена до 12-13 недель, резко болезненная, неоднородной консистенции. Почасовой диурез - 25 мл/час. Лабораторные данные: Нв-52 г/л эритроциты-2,4x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты-3,4x10<sup>9</sup>/л, СОЭ-60 мм/час, билирубин-230 ммоль/л. Ваш диагноз:

Ответ: **анаэробный сепсис**

**129.** , 32 лет находилась в гинекологическом стационаре по поводу обострения хронического воспаления придатков матки. Перед выпиской пациентка обратилась к гинекологу с просьбой посоветовать метод контрацепции. Женщина состоит в браке, имеет 2х детей. В течение 3х последних лет дважды лечилась у гинеколога по поводу обострения воспалительного процесса придатков матки. Кокой метод контрацепции следует посоветовать пациентке:

Ответ: **КОК**

**130.** , 26 лет после медицинского аборта с последующей реобработкой, в течение 4 месяцев менструация отсутствует. В дни ожидаемых месячных возникают боли внизу живота. PV: матка увеличена до 6-7 недель беременности, мягковатой консистенции. Область придатков без особенностей. Выберите правильный диагноз:

Ответ: **маточная форма аменореи, атрезия шейечного канала**

**131.** , 25 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие месячных, общую слабость. Год назад родила ребенка, в послеродовом периоде было массивное кровотечение, получила интенсивное лечение, проводили гемотрансфузию. После родов отмечало скудное количество молока, вскоре, несмотря на лечебные мероприятия, лактация полностью прекратилась. Объективно: у женщины дефицит веса, молочные железы дряблые, волосистость в подмышечных впадинах и на лобке скудная. Наружные половые органы атрофичные, депигментированы. PV: влагалище емкое, шейка матки укорочена, тело матки меньше нормы, область придатков без особенностей. Выберите правильный диагноз:

Ответ: **синдром Шихана**

**132.** Пациентка Г., 28 лет жалуется на редкие менструации и отсутствие беременности. Из анамнеза: в детстве перенесла - корь, паротит, частые ангины. Менархе с 13 лет, до настоящего времени не установились, наступают нерегулярно - через 30-45-65 дней, продолжительность 1-2 дня, скудные, безболезненные. Замужем в течение 4 лет, половая жизнь регулярная. Муж обследован - здоров. Объективно - 160 см, масса тела - 70 кг, имеется рост волос на подбородке, вокруг сосков, по белой линии живота. Наружные половые органы сформированы правильно. На зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистые. PV: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в правильном положении, маленькая. В области придатков с обеих сторон определяются плотные образования размером 5,0x3,5x3,5 и 4,5x2,0x2,0 см. Поставьте диагноз:

Ответ: **поликистоз яичников**

**133.** , 34 лет предъявляет жалобы на быстро прогрессирующий гирсутизм, прекращение месячных. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда впервые стали отмечаться задержки месячных, появился рост волос на лице (борода, усы). Последние месячные 3 месяца тому назад. При осмотре: рост - 152 см, масса 57кг. Выраженный гирсутизм. Молочные железы атрофичны. Выделений из сосков нет. PV: шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка не увеличена. Область левых придатков без особенностей. Справа, в области придатков, пальпируется плотное образование размером 5,5x4,5x5,0 см. Поставьте правильный диагноз:

Ответ: **гормонопродуцирующая опухоль яичника**

**134.** , 25 лет предъявляет жалобы на вздутие живота, боли в молочных железах, отеки рук, ног. Все симптомы начинаются за неделю до менструации и исчезают после их прекращения. Пациентка страдает частыми простудными заболеваниями. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено, молочные железы без патологии. Поставьте диагноз:

Ответ: **предменструальный синдром, отечная форма**

**135.** , 48 лет предъявляет жалобы на приливы жара к голове до 8-10 раз в сутки, потливость. Указанные симптомы наблюдаются в течение последнего года. Менструация через 2-3 месяца, скудная - 1-2 дня. В анамнезе - оперирована по поводу калькулезного холецистита. Родов - 3, абортов - 2. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Ваш диагноз:

Ответ: **климактерический синдром**

**136.** Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара, потливость, частое мочеиспускание. Симптомы появились после операции по поводу быстрорастущей миомы матки и эндометриоза обеих яичников. При осмотре соматических заболеваний не выявлено. Молочные железы без патологии. На зеркалах: слизистая влагалища чистая. PV: культи влагалища без патологии. Инфильтратов в малом тазу нет.

Ответ: **состояние после экстирпации матки. Посткастрационный синдром**

**137.** Больная 46 лет поступила с жалобами на боли внизу живота, частое мочеиспускание, обильные кровянистые выделения в срок менструации. В течение 3 лет состоит на учете по поводу миомы матки. 3

месяца тому назад произведено выскабливание полости матки. Результат гистологического исследования - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. На зеркалах: шейка матки гипертрофирована, эрозирована. Выделения кровянистые, обильные. PV: шейка матки гипертрофирована, обычной консистенции. Матка превращена в опухоль величиной до 14-15 недель, бугристая, неподвижная, безболезненная. Область придатков без патологии. Ваш диагноз:

Ответ: **множественная симптомная миома матки больших размеров, эрозия шейки матки**

**138.** В гинекологическое отделение доставлена больная 50 лет с жалобами на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела по вечерам, склонность к запорам. Год назад от предложенной операции по поводу кисты яичника отказалась. При осмотре в брюшной полости определяется наличие свободной жидкости. При вагинальном исследовании: в малом тазу определяется образование неравномерной консистенции, неподвижное, размером 15x12x14 см, болезненное, в заднем своде "шпора". Диагноз:

Ответ: **киста яичника**

**139.** Лечебный эффект комбинированных оральных контрацептивов при гиперандрогении связан с:

Ответ: **угнетением выработки ФСГ и ЛГ гипофизом**

**140.** По какой формуле следует рассчитывать показатель материнской смертности от акушерских кровотечений:

Ответ: **(число женщин, умерших от акушерских кровотечений) / (число родившихся живыми) x 100 000.**

**141.** Морфологическая картина при атипической гиперплазии эндометрия наиболее сходна с:

Ответ: **с высокодифференцированным раком**

**142.** Какую травму у плода может вызвать искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе:

Ответ: **травму спинного мозга или позвоночника**

**143.** При каком из ниже перечисленных вставлений головки плода показано оперативное родоразрешение:

Ответ: **задний асинклитизм**

**144.** О наступлении менопаузы можно говорить после последней менструации:

Ответ: **Через 12 месяцев**

**145.** О снижении функции яичников в пременопаузе можно судить по такому раннему симптому как:

Ответ: **Изменения продолжительности менструального цикла**

**146.** Какой гормон считают маркером менопаузы

Ответ: **ФСГ**

**147.** Какой запас фолликулов остается в яичниках при начальных проявлениях менопаузы:

Ответ: **10 000**

**148.** Какой признак противоречит гиперандрогении :

Ответ: **Высокий рост**

**149.** При каком диагнозе беременность невозможна ни при каких условиях:

Ответ: **Синдроме тестикулярной феминизации**

**150.** Применение КОКов с лечебной и контрацептивной целью следует ограничить у пациенток с:

Ответ: **Гиперпролактинемией**

**151.** При изолированном телархе, как одной из форм ППП у девочек, лучшим методом терапии является:

Ответ: **Нет необходимости в специальной медикаментозной терапии**

**152.** Какую формулу следует использовать для расчета Индекса массы тела:

Ответ: **Масса (кг)/рост (кв.м)**

**153.** Как следует понимать "инсулинорезистентность":

Ответ: **Невосприимчивость собственного инсулина**

**154.** Высокие уровни ФСГ у женщин являются следствием:

Ответ: **Снижения функции яичников**

155. Среди перечисленных препаратов определите сенситайзер инсулина:

Ответ: **Метформин**

156. Гестагены в составе комбинированных препаратов ЗГТ необходимы для:

Ответ: **Защиты эндометрия**

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

Ответ: **от характера повреждения**

159. Отсутствие эстрогенного влияния в периоде полового созревания характеризуется:

Ответ: **аменореей/ отсутствием роста молочных желез**

161. При лечении хламидийной инфекции эффективны антибиотики, кроме:

Ответ: **ампициллина**

162. Какое из заболеваний не соответствует третьему этапу распространения инфекции по классификации Сазонова-Бартельса:

Ответ: **метротроэндометрит**

163. Обнаружение антител к ВИЧ наиболее вероятно:

Ответ: **через 6 месяцев**

164. Лечебный эффект КОКов на повышенные уровни андрогенов обусловлен:

Ответ: **угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом**

165. При проникновении в организм ВИЧ поражает:

Ответ: **Лимфоциты**

166. Профилактическое лечение ВИЧ инфицированным женщинам следует начинать:

Ответ: **с 28-32 недель**

167. При гипопункции щитовидной железы лабораторным подтверждением диагноза служит:

Ответ: **увеличение ТТГ**

168. В каких случаях говорят о "привычном невынашивании"

Ответ: **2 и более самопроизвольных преждевременных прерываний беременности**

169. Начальная доза сульфата магния при лечении эклампсии составляет:

Ответ: **6 гр в/в в течение 15-20 мин затем по 2 гр в час в течение суток**

170. Для восполнения ОЦК необходим контроль:

Ответ: **ЦВД**

171. Золотым стандартом" диагностики хламидийной инфекции является:

Ответ: **культуральный метод**

172. Для уточнения дискоординации родовой деятельности следует исключить все, кроме:

Ответ: **слабости родовой деятельности**

173. Для надпочечниковой гиперандрогении при проведении пробы с дексаметазоном характерно следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи:

Ответ: **понижение на 50% и более**

174. Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается

Ответ: **в усилении надпочечниками плода продукции кортизола**

175. Действие профилактической вакцины против рака шейки матки основано на:

Ответ: **выработки иммунитета против 16 и 18 типов вируса папилломы человека**

176. Патогенетическим препаратом в лечении герпетической инфекции является:

Ответ: **ацикловир**

177. Амплитуда мгновенных осцилляций на КТГ может свидетельствовать о тяжелом внутриутробном страдании плода при:

Ответ: **менее 5**

178. Тяжесть менопаузального синдрома может быть объективно оценена по:

Ответ: **Индексу Куппермана**

179. Показатель рН влагалищной среды при бактериальном вагинозе у молодых женщин:

Ответ: **5,0- 5,2**

**180.** Как изменяется рН влагалищной среды при эстроген дефицитных состояниях:

Ответ: **Снижается**

**181.** Для овуляции необходимо:

Ответ: **Пик ЛГ**

**182.** По данным УЗИ для СПКЯ характерно увеличение овариального объема более:

Ответ: **9 куб см**

**183.** В современных условиях терапию СПКЯ следует начинать с:

Ответ: **Снижения веса и отказа от курения**

**184.** При СПКЯ инсулинорезистентность является кардинальным признаком и связана с:

Ответ: **Гиперандрогенией**

**185.** Синдром "пустого турецкого седла" чаще всего сопровождается:

Ответ: **Гиперпролактинемией**

**186.** Больная Т., 29 лет, впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 29-30 недель. Предъявляет жалобы на жажду, кожный зуд, повышенное мочеотделение. Данная беременность вторая, первая - закончилась преждевременными родами мертвым плодом при сроке 29-30 недель 2 года тому назад. Объективно: рост 159 см, масса 71 кг, АД 110/70 мм рт. ст., ОЖ - 96 см, ВДМ - 29 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд, в мин.

Поставьте диагноз:

- а) Беременность 29-30 недель. ОАА
- б) Беременность 29-30 недель. Ожирение. Крупный плод. ОАА
- в) Беременность 29-30 недель. Сахарный диабет. Ожирение. ОАА
- г) Беременность 29-30 недель. Ожирение. ОАА
- д) Беременность 29-30 недель. ОАА

Ответ: **в**

**187.** Беременная Н., 24 лет, обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 6-7 недель. Данная беременность - 3-я, две первые - закончились самопроизвольными выкидышами в сроках 12-13 и 15-16 недель с выскабливанием полости матки. Из анамнеза выяснено, что в детстве часто болела ангиной, менархе с 15 лет, месячные нерегулярные, через 40-45 дней, по 3-4 дня. Последние месячные 2,5 месяца тому назад. Объективно: рост - 168 см, масса - 60 кг, рост волос на верхней губе, в области сосков, по белой линии живота.

Ваш диагноз:

- а) Беременность 6-7 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш
- б) Беременность 6-7 недель. Привычное невынашивание. Гирсутизм.
- в) Беременность 6-7 недель. Аборт в ходу. ОАА
- г) Беременность 6-7 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш
- д) Беременность 6-7 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш

Ответ: **б**

**188.** Поступила первородящая А., 22 лет, с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью в течение 4-х часов. Размеры таза 25-28-31-21. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 5-6 мин до 40-45 сек, хорошей силы.

Р.У. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим.

Поставьте диагноз и определите вид, позицию, предлежание плода:

- а) Беременность доношенная. Продольное положение, I позиция, передний вид, головное предлежание. Прелиминарный период
- б) Беременность доношенная. I период родов, I позиция, передний вид, головное предлежание

- в) Беременность доношенная. I период родов. Слабость родовой деятельности
- г) Беременность доношенная. Продольное положение, I позиция, передний вид, головное предлежание
- д) Беременность доношенная. Продольное положение, I позиция, передний вид, головное предлежание, предвестники родов

Ответ: б

**189.** В женскую консультацию обратилась первобеременная со сроком 35-36 недель с жалобами на снижение двигательной активности плода. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту.

А. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации:

- а) амниоскопия
- б) кардиотахография с использованием функциональных проб
- в) метод наружного акушерского исследования
- г) УЗИ
- д) ЭКГ плода

Ответ: б

**190.** У беременной в 36 недель появились боли в области лонного сочленения при ходьбе, "утиная" походка.

А. Поставьте диагноз:

- а) Угрожающие преждевременные роды
- б) Флебит
- в) Радикулит
- г) Симфизит
- д) Расхождение лонного сочленения

Ответ: г

**191.** К концу беременности в гемостазиограмме отмечается :

- а) увеличение фибриногена, протромбинового индекса, продукты деградации фибриногена
- б) снижение фибриногена, протромбинового индекса, продукты деградации фибриногена
- в) снижение фибриногена, протромбинового индекса, увеличение продуктов деградации фибриногена
- г) увеличение фибриногена, протромбинового индекса, снижение продуктов деградации фибриногена
- д) показатели в пределах нормы.

Ответ: а

**192.** Во время беременности в фетоплацентарной системе вырабатываются следующие гормоны:

- а) эстрогены, прогестерон, плацентарный лактоген, эмбриональный ?-фетопротеин
- б) прогестерон, плацентарный лактоген, эмбриональный ?-фетопротеин
- в) плацентарный лактоген, эмбриональный ?-фетопротеин
- г) эмбриональный ?-фетопротеин, эстрогены, андрогены
- д) андрогены, эстрогены, прогестерон

Ответ: а

**193.** Изменения в лонном сочленении во время физиологической беременности не превышают :

- а) 0,1-0,3 см
- б) 0,4 - 0,6 см
- в) 0,7-0,9 см
- г) 1,0-1,2 см
- д) 1,3- 1,5см

Ответ: в

**194.** У беременной при сроке 8-9 недель отмечается рвота до 22 раз в сутки, потеря веса, гипотония, тахикардия 110 ударов в минут, снижение диуреза, повышение остаточного азота и креатина, наличие ацетона в моче (4+).

Поставьте диагноз:

- а) рвота беременных, легкая форма
- б) почечная недостаточность, олигурия, интоксикация
- в) рвота беременных, средней степени тяжести
- г) рвота беременных, тяжелая форма
- д) правильного ответа нет

Ответ: г

**195.** У повторнобеременной при сроке беременности 28 нед., обнаружены отеки на голенях, передней брюшной стенке, АД 160/100 мм рт.ст., 170/100 мм рт.ст. Белок в моче - 0,66 гл.

Поставьте диагноз:

- а) гипертоническая болезнь
- б) преэклампсия легкой степени
- в) преэклампсия средней степени
- г) преэклампсия тяжелой степени
- д) обострение хронического пиелонефрита

Ответ: в

**196.** В роддом доставлена беременная без сознания. Со слов родственников перенесла грипп, жаловалась на головную боль, появились отеки на нижних конечностях. Утром были судороги. Состояние больной тяжелое, без сознания. АД 180/100 мм рт ст, 190/100 мм рт ст. Срок беременности - 31-32 недели.

Головное предлежание плода. Сердцебиение плода до 140 уд. в мин., моча по катетеру в количестве 10 мл, мутная.

Поставьте диагноз

- а) Беременность 31-32 недели. Менингит после гриппа
- б) Беременность 31-32 недели. Преэклампсия легкой степени
- в) Беременность 31-32 недели. Преэклампсия средней степени.
- г) Беременность 31-32 недели. Эклампсия, кома
- д) Беременность 31-32 недели. Осложнение гриппа

Ответ: а

**197.** В роддом поступила беременная К., 24 лет, со сроком 39-40 недель. Рост 152 см, вес - 60 кг. Размеры таза: 23-25-28-17,5 см, индекс Соловьева - 15 см, ОЖ - 105 см, ВДМ - 39 см. Ромб Михаэлиса - 10х9 см. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин., прямой размер головки - 12 см.

Влагалищное исследование: шейка матки - "зрелая", предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Диагональная конъюгата - 11,5 см.

Поставьте диагноз:

- а) Беременность 39-40 недель. Общеравномерносуженный таз I ст
- б) Беременность доношенная. Простой плоский таз
- в) Беременность 39-40 недель. Общеравномерносуженный таз I ст. Крупный плод
- г) Беременность 39-40 недель. Общеравномерносуженный таз I ст. Многоводие
- д) Беременность 39-40 недель. Крупный плод

Ответ: в

**198.** Повторнобеременная со сроком 37-38 недель поступила через 30 минут после начала кровотечения из половых путей, кровопотеря 300,0. В анамнезе 2 медицинских аборта, последний - осложнился метроэндометритом. Головка плода подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд/мин.

Осмотрена на зеркалах: шейка матки эрозирована, кровянистые выделения из цервикального канала.

Диагноз:

- а) Беременность 39-40 недель. ОАА. ПОНРП. Кровотечение
- б) Беременность 39-40 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение.
- в) Беременность 39-40 недель. Разрыв краевого синуса, плевистое прикрепление пуповины

- г) Беременность 39-40 недель. Предлежание плаценты
- д) Беременность 39-40 недель. ОАА. Эрозия шейки матки

Ответ: **б**

**199.** Беременная 36 лет поступила с жалобами на распирающие боли в животе, скудные кровянистые выделения. Объективно состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 90/50 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин. Отеки на нижних конечностях, белок в моче - 1,5 г/л, матка увеличена соответственно 35-36 неделям беременности, напряжена, части плода не пальпируются, сердцебиение плода не прослушивается.

Поставьте диагноз:

- а) Беременность 35-36 недель. Преэклампсия легкой степени
- б) Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты
- в) Беременность 35-36 недель. Преэклампсия средней степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода Геморрагический шок II ст.
- г) Беременность 35-36 недель. Многоводие. Антенатальная гибель плода.
- д) Беременность 35-36 недель. Преэклампсия тяжелой степени.

Антенатальная гибель плода.

Ответ: **в**

**200.** Первобеременная 24 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация 2,5 месяцев тому назад.

Влагалищное исследование: шейка матки длиной 3 см, наружный зев закрыт, матка увеличена до 8-9 недель беременности. Придатки не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Поставьте диагноз:

- а) Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш
- б) Беременность 8-9 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш
- в) Беременность 8-9 недель. Неполный самопроизвольный выкидыш
- г) Беременность 8-9 недель. Аборт в ходу
- д) Беременность 8-9 недель. Несостоявшийся самопроизвольный выкидыш

Ответ: **б**

### **3.2. Критерии и шкалы оценивания.**

#### **Текущая аттестация по дисциплине**

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

#### **Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:**

**5 «отлично»** – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

**4 «хорошо»** – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

**3 «удовлетворительно»** – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

**2 «неудовлетворительно»** – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное

выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные навыки):

При оценивании результатов обучения по дисциплине в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

**На промежуточной аттестации** (в зависимости от формы итогового контроля) обучающийся оценивается:

Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается: на зачете – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

#### Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p><b>ЗАЧТЕНО</b> заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов. При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине. Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
----------	------------	-----------------------------------	--

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59