



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра акушерства и гинекологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
М.С. Коваленко	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. каф
И.И.Тузлуков	доцент, к.м.н	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент
Т.Н.Рыбакова		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Котляров,	к.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой сестринского дела
Е.В. Филиппов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	зав. кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27 \_\_.06 \_\_.2023г.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

Примеры заданий в тестовой форме :

№ 1. Какие из перечисленных симптомов наблюдаются при субмукозном эндометриозе матки?

1. Резкие боли в период менструации?
2. Контактные кровяные выделения из влагалища?
3. \*Пред- и постменструальные кровянистые выделения из влагалища.
4. Правильно только «2» и «3».

№ 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать субсерозную миому матки?

1. С опухолью яичника.
2. С опухолью кишечника.
3. С дистопированной почкой.
4. \*Правильно только «1» и «2».

№ 3. Какие методы диагностики позволяют выявить субмукозную миому матки?

1. УЗИ.
2. Гистероскопия.
3. Гистерография.
4. \*Все ответы верны.

№ 4. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике эндометриоза яичников?

1. УЗИ.
2. Гистерография.
3. Гистероскопия.
4. \*Лапароскопия.

№ 5. Что способствует развитию аденомиоза?

1. Воспалительные заболевания придатков матки.
2. Аборты и другие внутриматочные манипуляции.
3. Оперативные вмешательства на матке.
4. \*Правильно только «2» и «3».

Критерии оценки тестового контроля (стандартизированный контроль - тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Современные методы исследования в гинекологии и их роль в диагностике гинекологических заболеваний.
2. Ювенильные маточные кровотечения. Этиология, клиника, диагностика и принципы лечения.
3. Наружный эндометриоз. Клиника, диагностика, методы лечения.

4. Острые воспалительные заболевания вульвы и влагалища. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

5. Самопроизвольный аборт. Классификация, причины самопроизвольных выкидышей, основные симптомы и принципы лечения.

6. Вакуум экстракция плода KIWI. Показания.

Пример ответа на вопрос: Вакуумная комплексная система родовспоможения KIWI с устройством Palm Pump – это вакуумные экстракторы нового поколения. Система родовспоможения KIWI – инструмент для эффективной помощи при родах в практике акушерства и гинекологии. Уникальная вакуумная система родовспоможения KIWI – это системное, комплексное, единое устройство для проведения вакуумной экстракции плода, которое разработано для совершенно самостоятельного приема родов медицинским работником-акушером, не прибегая к помощи ассистента. Современное устройство PalmPump предназначено для обеспечения безопасного и эффективного управления разряжением.

- слабость родовой деятельности, при не эффективной консервативной терапии;
- начавшая гипоксия плода;
- Укорочение 2-го периода родов

Критерии оценки при собеседовании (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача № 1. Машиной «скорой помощи» больная В., 54 лет доставлена в гинекологический стационар с жалобами на боли внизу живота слева, тошноту, рвоту (1 раз), возникшие после физической нагрузки. С целью обезболивания принимала анальгин. Однако боли постепенно усиливались, стали иррадиировать в левое бедро, появилось учащенное мочеиспускание. С момента возникновения болей прошло 6 часов.

Анамнез: постменопауза в течение 2-х лет. Из гинекологических заболеваний – хронический двусторонний сальпингоофорит (лечилась амбулаторно), последнее обострение которого отмечает 13 лет назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 92 уд/мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения. АД – 140/90 мм рт.ст. Температура тела 37,4 °С.

Органы дыхания без особенностей. Язык суховат, обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, при пальпации болезненен, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки. Перистальтика активная. Перкуторно - тимпанит. Стул был накануне. Мочеиспускание учащенное, безболезненное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки чистая. Тело матки находится в положении anteversio, меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки в области придатков пальпируется опухоль овоидной формы, размерами 12x10x10 см, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижная, с гладкой поверхностью, резко болезненная при пальпации. Своды влагалища свободны, выделения из него скудные, слизистые.

1. На основании изложенных данных поставьте предварительный диагноз.
2. Данные каких дополнительных и лабораторных методов исследования Вам необходимо знать?
3. Какова тактика лечения на данном этапе?

Эталон ответа:

1. Опухоль левого яичника (предположительно – киста). Перекрут ножки опухоли левого яичника.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мазка из влагалища на флору, определение группы крови и ее резус-принадлежности, данные УЗИ органов малого таза.
3. Оперативное лечение в экстренном порядке – левосторонняя аднексэктомия.

Задача № 2. Больная Д., 31 года, поступила в больницу с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота схваткообразного характера с иррадиацией в крестец и скудные кровяные выделения из полового пути. Сразу же после болей появилась тошнота.

Анамнез: наследственность неотягощена. Менструации по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Больная замужем. Беременностей было три: одна из них закончилась нормальными родами, две – искусственными абортами. Последний аборт в 27 лет осложнился двусторонним сальпингоофоритом (лечилась в стационаре и амбулаторно), после чего в течение 2 лет от беременности предохранялась таблетированными контрацептивами. Последние 1,5 года не предохраняется.

Объективно: в настоящее время боли значительно уменьшились. Состояние удовлетворительное. Пульс 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Температура тела 36,8 °С.

Живот слегка вздут, болезненен над лоном и в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Перистальтика кишечника активная. Стул был накануне. Мочеиспускание не нарушено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цианотична, из цервикального канала отходят мажущие кровяные выделения. Наружный зев проходим для кончика пальца. Тело матки в обычном положении, несколько больше нормы, мягковато, слегка болезненно. Придатки справа не увеличены, несколько болезненны при пальпации. Слева в области придатков определяется

опухолевое образование, туго-эластической консистенции, овоидной формы, размерами 4x4x5 см, ограниченно подвижное, болезненное. Своды влагалища глубокие, тяжистые. Выделения кровяные, мажущие.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования могут быть применены для уточнения диагноза на данном этапе обследования?

Эталон ответа:

1. Нарушенная по типу внутреннего разрыва плодместилища левосторонняя эктопическая беременность.
2. С опухолевым или псевдоопухолевым процессом в левом яичнике, субсерозной миомой матки, гидросальпинксом, нарушенной маточной беременностью.
3. Определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, данные УЗИ органов малого таза.

Задача № 3. Больная Г., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и скудные кровяные выделения из полового пути.

Менструации по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 6 недель назад. Больная замужем. От беременности не предохраняется.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 84 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот болезнен над лоном и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

Влагалищное исследование: шейка матки цианотична, смещение ее болезненно. Тело матки несколько больше нормы, мягковато, слегка болезненно. Придатки слева не увеличены, безболезненны. Справа в области придатков определяется болезненное туго-эластическое овоидное образование 4x4x5 см. Своды влагалища глубокие, тяжистые. Выделения кровяные, мажущие.

С диагнозом: нарушенная маточная беременность женщине произведено выскабливание матки. Длина полости матки составляла 8 см, в соскобе явных элементов плодного пузыря не выявлено.

Состояние больной после выскабливания матки удовлетворительное. На 3-й день после выскабливания матки установлено, что образование в области придатков стало менее болезненным, но увеличилось в размерах до 6x6x8 см, контуры его стали менее четкими. Своды влагалища глубокие.

Начата антибиотикотерапия.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите методы исследования, которые позволят уточнить диагноз.
3. Предложите план ведения больной.

Эталон ответа:

1. Нарушенная по типу внутреннего разрыва плодместилища правосторонняя эктопическая беременность.
2. Определение уровня ХГЧ в сыворотке крови, данные УЗИ органов малого таза.
3. Экстренное оперативное вмешательство – правосторонняя сальпингоэктомия.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью со-ответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов:

1. Органосохраняющие методы лечения эктопической беременности.
2. Современные методы контрацепции после родов.
3. Консервативные методы лечения наружного эндометриоза.
4. Современные технологии лечения миомы матки.
5. Профилактика онкологической патологии молочных желез.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается спо-собность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации в 11 семестре – зачёт.**

**Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II), Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого

вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**ПК-12**

**готовность к ведению физиологической беременности, приему родов**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

1. Причины наступления родов.
2. Понятие готовности организма женщины к родам.
3. Предвестники родов.
4. Шкала оценки готовности шейки матки к родам.
5. Клиническое течение родов.
6. Первый период родов.
7. Второй период родов.
8. Третий период родов (признаки отделения последа, способы выделения отделившегося последа).
9. Методы обезболивания в акушерстве.
10. Принципы выбора метода обезболивания в родах.
11. Этика и деонтология врача акушера-гинеколога. Поведение врача в родах.
12. История развития акушерства.
13. Вклад кафедры акушерства и гинекологии РязГМУ.
14. Диагностика беременности.
15. Этапы развития плода.
16. Критические периоды эмбрио-фетогенеза.
17. Факторы риска.
18. Формирование групп риска.
19. Женская консультация.
20. Диспансеризация беременных женщин.
21. Гигиена беременной женщины.
22. Диета беременной женщины.
23. Предупреждение нежелательной беременности.
24. Контрацепция.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

Решение ситуационных задач:

Решение ситуационных задач:

**ЗАДАЧА 1:**



Роженица И., 27 лет. Размеры таза 25-28-31-20. Роды первые, срочные, 2 часа назад отошли воды, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода 100 уд./мин., аритмичное. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 2:

Повторнородящая О., 28 лет. Размеры таза 25-28-31-20. Роды вторые срочные, продолжаются 12 часов, воды излились 1 час тому назад, головка врезывается, но дальнейшего поступательного движения, несмотря на потуги нет. Промежность блестящая, напряжена, на поверхности «старый» грубый рубец. Сердцебиение плода 130 уд./мин., ритмичное

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 3:

Роженица А., 33 лет. Размеры таза 24-26-29-17, С.в. 9 см. Беременность III, роды III. Предыдущие роды были длительными, вес плодов 2800, 3000 г. Данные роды продолжаются 15 часов. Схватки сильные, болезненные, по 25-40 секунд через 1-2 минуты. Головка прижата ко входу в малый таз. Пять минут назад роженица почувствовала сильную боль в животе. Схватки прекратились. АД – 100/60. Пульс 100 уд./мин., сердцебиение плода не прослушивается, небольшие кровянистые выделения из влагалища.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 4:

Роженица К., 32 лет. Размеры таза 26-29-32-21. Роды 3, срочные, продолжаются 4 часа. Положение плода поперечное, головка справа, сердцебиение плода ясное, ритмичное, выше пупка. Открытие шейки матки 4 см. только что излились околоплодные воды.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 5:

Роженица Н., 32 года. Роды 4, срочные. Первые роды преждевременные (вес 2450,0 г). Вторые роды срочные, вес 2900 г. Третьи роды продолжались 16 часов, закончились рождением мертвого плода (вес 3500, 0). Данные роды продолжаются 12 часов, безводный промежуток – 4 часа. Предполагаемый вес плода 3800 г. Размеры таза: 25-26-29-17. С.в. – 9 см. Родовая деятельность бурная. Роженица мечется, кричит. Живот напряжен, болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне подреберья. Матка в форме «песочных часов». Контракционное кольцо на уровне пупка. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода приглушено, с нарушением ритма.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 6:

Роженица И., 36 лет. Размеры таза 26-29-32-20. Беременность 4. Роды – 2, срочные. Продолжаются 4 часа, умеренное кровотечение из полового пути (кровопотеря к моменту осмотра 150 мл). положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд./мин. При влагалищном исследовании: открытие зева – 6 см, плодный пузырь цел, справа и сзади определяется край плаценты.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 7:

Роженица Т., 30 лет. Беременность 3, 36 недель. Безводный промежуток около суток, родовая деятельность 8 часов. Положение плода поперечное, во влагалище ручка. Открытие зева полное, плодного пузыря нет. Температура 38,5° С, озноб. Сердцебиение плода не определяется.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

#### ЗАДАЧА 8:

Роженица А., 27 лет. Размеры таза 25-28-31-20. Беременность 4. Роды – 3. Имелись 2 нормальных родов (масса плодов 3400 и 3700), 2 года назад – мед.аборт, без осложнений. Поступила в родильное отделение со схватками в течение 2 часов. Воды не изливались. Положение плода поперечное, 1 позиция, передне-верхний вид. Предполагаемая масса плода 3500-3600. Сердцебиение плода 120 уд./мин., ритмичное. При влагалищном исследовании: шейка укорочена до 1 см, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. С.д. – 13 см, С.в. – 11 см.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

#### ЗАДАЧА 9:

Роженица С., 27 лет. Роды 3, детей живых двое. Первый родился с массой 2900, второй – 3300 г. Вторые роды длительные, у ребенка было нарушение мозгового кровообращения. Размеры таза 26-27-29-17,5. Роды продолжаются 12 часов, околоплодные воды излились 2 часа назад. Головка прижата ко входу в таз. Симптом Вастена положительный. Предполагаемая масса плода – 3600 г. Схватки частые, болезненные, сердцебиение плода ясное, 140 уд./мин. при влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет, головка отталкивается, мыс легко достижим. С.в. – 9 см.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

#### ЗАДАЧА 10:

Роженица И., 30 лет, роды – 3. Размеры таза 26-29-32-20. 30 минут назад родилась девочка с массой тела 2700. В полости матки второй плод в ягодичном предлежании. Околоплодные воды второго плода целы. Значительные кровянистые выделения из родового канала. Сердцебиение плода до 160 уд./мин., аритмичное.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

#### **Решение усложненных ситуационных задач:**

##### Задача №1.

Повторные роды в чисто ягодичном предлежании при доношенной беременности. Потуги через 2 минуты по 50 сек. Ягодицы врезываются. Межвертельная линия в прямом размере выхода таза. Сердцебиение плода 140 уд/мин., ясное.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

##### Задача №2.

В отделение доставлена машиной скорой помощи первобеременная 20 лет. Беременность 7-8 нед. Жалобы на постоянную тошноту, неукротимую рвоту, пищу не удерживает. Слабость, апатия, снижение массы тела на 4 кг за две недели. Состояние

больной тяжёлое, истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеино- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №3.

Перворнородящая, 35 лет. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка определяется в дне матки, предполагаемая масса плода 3700,0. Сердцебиение плода до 130 уд/мин., ясное, слева выше пупка. Схватки через 4 мин. по 35/40 сек. Влагалищное исследование – шейка матки сглажена. Открытие маточного зева на 6-7 см. Воды целы. Предлежат обе стопы плода.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №4.

У роженицы, находящейся во II периоде родов, ягодицы плода врезаются, развилась вторичная слабость родовой деятельности, появились признаки острой гипоксии плода.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №5.

В женскую консультацию обратилась повторнородящая с доношенной беременностью с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. Регулярной родовой деятельности нет. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 г. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №6.

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41-42 недели. При объективном исследовании: предполагаемая масса плода 4200 г, размеры таза 23-26-29-18 см, предлежание головное. При влагалищном исследовании: Шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, должные сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №7.

Первородящая 26 лет, не обследована. Поступила в родильный дом с доношенной беременностью, предъявляет жалобы на умеренные кровяные выделения из полового пути. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, должные сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №8.

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на кровяные выделения из полового пути. Кровопотеря около 150 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты, выделения кровяные, умеренные.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №9.

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 41 нед. Размеры таза 23—26—29—18 см, диагональная конъюгата 11 см. Данные эхографии: плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 3000 г, плацента III степени зрелости, в дне матки, маловодие. При доплерометрии выявлены нарушения кровообращения в системе мать—плацента—плод II степени. При влагалищном исследовании – шейка матки «незрелая».

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

#### Задача №10.

Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелого гестоза. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм. рт. ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка

матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс крестца недостижим.

1. Сформулируйте дальнейшую акушерскую тактику (объем профилактических мероприятий для женщины и плода, сроки госпитализации на роды, перечень необходимых дополнительных диагностических мероприятий, срочность и метод родоразрешения, возможные или имеющиеся осложнения и способы их ликвидации).

## **ПК-8**

### **способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования:

1. Этиологические факторы в развитии эндометриальных полипов.
2. Наиболее достоверный метод для диагностики полипа эндометрия.
3. Гинекологические и экстрагенитальные заболевания, повышающие риск развития атипической гиперплазии эндометрия.
4. Наиболее целесообразные методы лечения при 1-2 стадиях рака эндометрия.
5. Отражение кастрации на функции других желез внутренней секреции.
6. Допустимые лечебные воздействия при посткастрационном синдроме у женщин, оперированных по онкологическим показаниям.
7. Наиболее эффективные препараты при лечении климактерического синдрома.
8. Наиболее информативные методы исследования при синдроме Штейна-Левенталя.
9. Наиболее информативный метод исследования состояния надпочечников при гиперандрогенизме.
10. Наиболее эффективное лечение при синдроме Штейна-Левенталя.
11. Наиболее эффективное лечение при надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарных формах синдрома склеро-кистозных яичников.
12. Обязательное лечение при обнаружении в эндометрии атипической гиперплазии у женщин с синдромом Штейна-Левенталя в репродуктивном возрасте.
13. Зависимость времени пролонгирования беременности от отдела маточной трубы.
14. Причины развития эктопической беременности.
15. Наружный разрыв плодместилища при эктопической беременности.
16. Механизм кровотечения из полости матки при трубном аборте.
17. Клиническая симптоматика нарушенной трубной беременности.
18. Показания для оперативного лечения апоплексии яичника.
19. Объем оперативного лечения при апоплексии яичника.
20. Наиболее информативные методы исследования в распознавании шеечной беременности.

21. Условия для выполнения бимануального исследования при подозрении на шейчную беременность.
  22. Объем оперативных вмешательств при шейчной беременности.
  23. Гинекологические заболевания и операции, предшествующие развитию шейчной беременности.
  24. Объем хирургического вмешательства при пиосальпинксе.
25. Доступ и объем хирургического лечения при гнойном заднем параметрите.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

Решение ситуационных задач: ЗАДАЧА 1:

Роженица Н. Размеры таза 2-29-32-20 см. Роды первые, срочные, продолжаются 14 часов, потуги хорошие. Головка на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди под лоном. Родовая опухоль умеренно выраженная. Сердцебиение плода приглушено, 100 уд./мин., аритмичное

Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 2:

Роженица И., 20 лет. Размеры таза 25-28-31-20 см. Роды первые, срочные, родовая деятельность 12 часов. Околоплодные воды излились 3 часа назад. Второй период родов продолжается 1 час. ягодицы на тазовом дне. Сердцебиение плода приглушено, 100 уд./мин., аритмичное.

Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 3:

Предыдущие трое родов закончились в срок, настоящие – 4-ые. Воды целы. Таз: 25-28-32-21 см. мыс не достигается. Хорошие схватки. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд./мин. появились кровянистые выделения из влагалища. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки – 2см, плодный пузырь цел, определяется мягкая ткань у края шейки.

Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 4:

Роженица Л., 30 лет. Размеры таза 26-29-32-20 см. Роды первые, срочные, за 4 часа до поступления излились околоплодные воды с началом схваток. Схватки регулярные, достаточной силы. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 90 уд./мин., аритмичное. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, раскрытие зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище клубок пульсирующей пуповины. Головка прижата ко входу в таз. С.в. – 11 см.

Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 5:

У повторнобеременной в анамнезе одни нормальные роды и 2 искусственных аборта, последний из них осложнился повторным выскабливанием полости матки и эндометритом. В 35 недель при контрольном УЗИ в женской консультации выявлено расположение плаценты по задней стенке матки и нижнем сегменте с перекрытием внутреннего зева. Предлежание головное. Плод живой. Кровотечений во время беременности и других осложнений не было.

Поставьте предварительный диагноз.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Владение следующими практическими навыками:

1. Определение положения матки в малом тазу у женщины репродуктивного возраста.
2. Определение открытия угла между шейкой и телом матки.
3. Установление показателя "угла" при гиперантефлексии матки.
4. Выбор методики оперативного лечения по поводу опущения внутренних половых органов.
5. Выбор метода оперативного лечения при аномалии строения матки.
  
6. Выбор объема операции при 1-2 стадиях рака тела матки.
7. Составление перечня методов исследования для установления диагноза рак эндометрия.
8. Методика лечения при постановке диагноза «полип эндометрия».
9. Определение объема лечения посткастрационного синдрома у молодых женщин после случайного удаления гонад.
10. Выбор объема обследования перед хирургическим лечением синдрома поликистозных яичников.
11. Проведение дифференциальной диагностики трубного аборта.
12. Осуществление дифдиагностики нарушенной эктопической беременности.
13. Выполнение пункции брюшной полости через задний свод влагалища как метод диагностики нарушенной эктопической беременности.
14. Выполнение диагностического выскабливания полости матки как метод дифдиагностики трубной беременности.
15. Тактика врача при выявленной прогрессирующей эктопической беременности.
16. Выбор объема операции при нарушенной трубной беременности.
17. Определение объема хирургической помощи при повторной трубной беременности у нерожавшей женщины.
18. Выбор объема операции при беременности в рудиментарном роге мат-ки.
19. Определение условий для проведения реинфузии крови при кровотечении в брюшную полость.
20. Разработка объема лечебных мероприятий при остром неспецифическом воспалении придатков матки.
21. Осуществление обследования, предшествующего назначению антибиотиков при остром воспалении придатков матки.
22. Выявление показаний для чревосечения при остром воспалении придатков матки.
23. Определение хирургической тактики при гнойных пельвиоцеллюлитах.
24. Выявление показаний к оперативному лечению миомы матки.
25. Проведение дифференциальной диагностики субсерозной миомы матки.
26. Определение объема оперативных вмешательств при миоме матки.
27. Методика операции при рождающемся субмукозном миоматозном узле.
28. Выбор лечебной тактики при шейчной локализации миоматозного узла.
29. Методика определения места для прицельной биопсии шейки матки.
30. Выбор метода лечения внутриэпителиальной карциномы у женщины

31. молодого возраста?
32. Выбор тактики ведения женщины до 25 лет при неосложненной эктопии шейки матки.
33. Умение оценивать отдаленные результаты лечения рака шейки матки в зависимости от стадии.
34. Осуществление диффдиагностики узловой формы аденомиоза от узлов миомы матки.
35. Применение методов выявления осложнений ретроцервикального эндо-метриоза.

Задача №1.

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, 3 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 уд/мин., ритмичный. Матка плотная, дно на уровне пупка. Сразу после рождения плода из полового пути появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5'10".

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими состояниями нужно дифференцировать?
3. Укажите основные причины данного осложнения.
4. Перечислите и продемонстрируйте признаки отделения последа.

Задача №2.

У роженицы со сроком беременности 36-37 недель, при полностью сглаженной шейке матки, открытии 4 см и целом плодном пузыре начались умеренные кровяные выделения. Слева, у края маточного зева определяется губчатая ткань. Плодный пузырь напряжен во время схватки. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Основные причины данного осложнения в описанной ситуации.
3. Какой вариант расположения плаценты у этой роженицы?
4. Возможные исходы.

Задача №3.

В женскую консультацию обратилась беременная 27 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 16-17 недель. В анамнезе: одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, по проводной оси малого таза. Канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из полового пути слизистые, в умеренном количестве.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Основные причины данного осложнения в описанной ситуации.
3. Какие еще симптомы характерны для этого акушерского осложнения?
4. Возможные исходы.



#### Задача №4.

Первородящая 26 лет, поступила с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью 3 часа назад, воды излились по пути в роддом. Рост 170 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-18,5 см. Предполагаемая масса плода 3400. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки регулярные, через 5-6 мин по 40-45 сек., средней силы и болезненности. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Мыс достижим, диагональная конъюгата 10,5 см. Подтекают светлые воды.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Возможные причины данного состояния.
3. Какие еще диагностические критерии необходимо контролировать?
4. Возможные исходы.

#### Задача №5.

Повторнобеременная 33 лет поступила в отделение патологии беременности с диагнозом: Беременность 29-30 нед. Резус-конфликт. Данная беременность третья, в анамнезе 1 роды, осложнились частичным плотным прикреплением плаценты, ручным отделением и выделением последа, 1 самопроизвольный аборт в 11-12 нед. беременности. Титр антител 1:32, по данным УЗИ – многоводие, толщина плаценты 45 мм.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Основные причины данного осложнения в описанной ситуации.
3. Какие еще симптомы характерны для этого акушерского осложнения?
4. Возможные исходы.

#### Задача №6.

Первородящая, 31 года. Поступила в родильный дом в 38 недель беременности с начавшейся родовой деятельностью. Размеры таза 26-26-31-18. Положение плода продольное, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 136 уд/мин., ритмичное. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Ниже головки определяется пульсирующая петля пуповины. Диагональная конъюгата 10 см.

1. Предварительный диагноз.
2. Основные причины данного состояния в описанной ситуации.
3. Какие еще симптомы характерны для этого акушерского осложнения?
4. Возможные последствия.

### ПК-11

**готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства**

- 1) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования:

1. Изменения в стенках влагалища при полном выпадении матки.
2. Перечень осложнений, наблюдающиеся при II степени опущения внутренних половых органов.
3. Клинические проявления при II степени опущения внутренних половых органов и выраженном цистоцеле.
4. Выпадение матки и удлинение ее шейки.
5. Клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия.
6. Отличия боли при дисменорее от болей при предменструальном синдроме.
7. Частота приливов “жара” при тяжелой форме климактерического синдрома.
8. Характеристика тяжелой формы климактерического синдрома.
9. Разновидности локализации плодного яйца при эктопической беременности.
10. Наиболее частые сроки прерывания трубной беременности.
11. Клинические признаки наружного разрыва плодместилища при эктопической беременности
12. Характер изменений перистальтики кишечника после наружного разрыва плодместилища.
13. Характеристика боли при трубном аборте.
14. Клиническая симптоматика нарушенной трубной беременности.
15. Дифдиагностика нарушенной эктопической беременности.
16. Механизм развития “френикус-симптом” при нарушенной эктопической беременности.
17. Методы консервативной терапии при прогрессирующей трубной беременности.
18. Возрастные особенности развития апоплексии яичника.
19. Клиническая симптоматика шеечной беременности.
20. Перечень возможных осложнений беременности в шейке матки.
21. Объем оперативных вмешательств при шеечной беременности.
22. Принципы лечения гонореи верхнего отдела мочеполовых путей.
23. Причины кровотечения из полости матки при длительной персистенции зрелого фолликула.
24. Возможные осложнения при кровотечении на почве персистенции зрелого фолликула.
25. Механизм развития и характер болей при различных локализациях миоматозного узла.
26. Характеристика нарушений функции смежных органов при различной локализации миоматозных узлов.
27. Понятие быстрого роста миомы матки и основные его причины.
28. Возможные осложнения у беременных при наличии миомы матки.
29. Клиника и механизм развития «контактных» кровотечений при раке.
30. Клиническая характеристика поздней стадии рака шейки матки.
31. Осложнения и методы их выявления при ретроцервикальном эндометриозе.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

3) Т ЗАДАЧА 1:

Роженица К., 26 лет. Размеры таза 27-28-31-17,5 см. Роды первые, срочные, хорошая родовая деятельность 8 часов. Околоплодные воды излились 20 минут назад. Положение плода продольное, предполагаемая масса плода 3600-3700 г. головка прижата ко входу в таз, симптом Вастена- вровень. Открытие шейки матки – 8 см, плодного пузыря нет. Стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к мысу, малый родничок справа, большой слева. С.в. – 8,5.

Поставьте предварительный диагноз.

**ЗАДАЧА 2:**

У первородящей 18 лет, с нефропатией 1 ст. в конце 2-го периода родов при врезывании головки АД – 160/100 мм рт.ст. промежность высокая, ригидная. Сердцебиение плода ясное, 124 уд./мин.

Поставьте предварительный диагноз.

**ЗАДАЧА 3:**

У роженицы в 3-м периоде родов кровопотеря с выделившимся последом составила 600 мл. Послед при осмотре цел, матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось, родовый путь без травматических повреждений, пульс 116 уд./мин., АД – 100/60 мм рт.ст., кожные покровы бледные.

Поставьте предварительный диагноз.

**ЗАДАЧА 4:**

Первобеременная 19 лет. Беременность 7 недель, рвота до 12 раз в сутки, слабость, головокружение, потеря в весе 6 кг за 2 недели, в моче изменений нет.

Поставьте предварительный диагноз.

**ЗАДАЧА 5:**

Роженица Н. Размеры таза 2-29-32-20 см. Роды первые, срочные, продолжаются 14 часов, потуги хорошие. Головка на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди под лоном. Родовая опухоль умеренно выраженная. Сердцебиение плода приглушено, 100 уд./мин., аритмичное

**Поставьте предварительный диагноз.иповые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

**ЗАДАЧА 1:**

Роженица С., 27 лет. Роды 3, детей живых двое. Первый родился с массой 2900, второй – 3300 г. Вторые роды длительные, у ребенка было нарушение мозгового кровообращения. Размеры таза 26-27-29-17,5. Роды продолжаются 12 часов, околоплодные воды излились 2 часа назад. Головка прижата ко входу в таз. Симптом Вастена положительный.

Предполагаемая масса плода – 3600 г. Схватки частые, болезненные, сердцебиение плода ясное, 140 уд./мин. при влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное.

Плодного пузыря нет, головка отталкивается, мыс легко достижим. С.в. – 9 см.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

**ЗАДАЧА 2:**

Роженица И., 30 лет, роды – 3. Размеры таза 26-29-32-20. 30 минут назад родилась девочка с массой тела 2700. В полости матки второй плод в ягодичном предлежании. Околоплодные воды второго плода целы. Значительные кровянистые выделения из родового канала. Сердцебиение плода до 160 уд./мин., аритмичное.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

**ЗАДАЧА 3:**

Роженица И., 27 лет. Размеры таза 25-28-31-20. Роды первые, срочные, 2 часа назад отошли воды, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода 100 уд./мин., аритмичное. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовый путь?

#### ЗАДАЧА 4:

Повторнородящая О., 28 лет. Размеры таза 25-28-31-20. Роды вторые срочные, продолжаются 12 часов, воды излились 1 час тому назад, головка врезывается, но дальнейшего поступательного движения, несмотря на потуги нет. Промежность блестящая, напряжена, на поверхности «старый» грубый рубец. Сердцебиение плода 130 уд./мин., ритмичное

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

#### ЗАДАЧА 5:

Роженица А., 33 лет. Размеры таза 24-26-29-17, С.в. 9 см. Беременность III, роды III. Предыдущие роды были длительными, вес плодов 2800, 3000 г. Данные роды продолжаются 15 часов. Схватки сильные, болезненные, по 25-40 секунд через 1-2 минуты. Головка прижата ко входу в малый таз. Пять минут назад роженица почувствовала сильную боль в животе. Схватки прекратились. АД – 100/60. Пульс 100 уд./мин., сердцебиение плода не прослушивается, небольшие кровянистые выделения из влагалища.

Возможно ли родоразрешение через естественный родовой путь?

#### Вопросы:

1. Определить объем лечения при трофических язвах на шейке матки и стенках влагалища.
2. Методика применения влагалищных пессариев при опущении внутренних половых органов.
3. Подбор препаратов для лечения гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте.
4. Выбор наиболее эффективных препаратов при лечении климактерического синдрома.
5. Выполнение физикальных методов исследования и интерпретация полученных данных при кровотечении в брюшную полость.
6. Проведение дифференциальной диагностики трубного аборта.
7. Определение тактики врача при выявленной прогрессирующей эктопической беременности.
8. Выбор и обоснование объема операции при нарушенной трубной беременности.
9. Определение объема хирургической помощи при повторной трубной беременности у нерожавшей женщины.
10. Выбор объема операции при беременности в рудиментарном роге матки.
11. Выполнение оперативного доступа у больных с массивным кровотечением в брюшную полость.
12. Определение условий для проведения реинфузии крови при кровотечении в брюшную полость.
13. Определение показаний для оперативного лечения апоплексии яичника.
14. Избрание оптимального объема оперативного лечения при апоплексии яичника.
15. Выявление ранних симптомов шеечной беременности.
16. Определение условий для выполнения бимануального исследования при подозрении на шеечную беременность.
17. Выбор оперативного доступа при массивном кровоизлиянии в брюшную полость.
18. Выставление показаний для чревосечения при остром воспалении придатков матки.
19. Определение объема хирургического вмешательства при пиосальпинксе.

20. Избрание хирургической тактики при гнойных пельвиоцеллюлитах.
21. Определение объема лечения при гонорейном пельвиоперитоните.
22. Выполнение комплекса неотложных лечебных мероприятий при ложной аменорее.
23. Применение методов остановки ювенильного маточного кровотечения.
24. Выявление клинических проявлений осложнений миомы матки.
25. Выполнение методики операции при рождающемся субмукозном миоматозном узле.
26. Определение объема неотложной помощи при раке шейки матки, осложнившимся кровотечением.
27. Выбор объема хирургического вмешательства при диффузном аденомиозе в зависимости от возраста женщины.
28. Избрание оперативного доступа и объема вмешательства при эндометриозе яичников.
29. Защита (выбор и обоснование плана неотложных лечебных мероприятий у курируемой больной) истории болезни.