

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПРАКТИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Акушерства, гинекологии и перинатологии
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – РЕФЕРАТ (12 СЕМЕСТР)

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Реферат (от лат. *refereo* – докладываю, сообщаю) представляет собой особое сочинение, в котором определены цели, задачи и выводы излагающие основные положения темы или проблемы.

Тематика рефератов представлена в Фондах оценочных средств и в учебно-методических пособиях для самостоятельной работы ординатора соответствующей рабочей программы.

Рефераты докладываются на занятии соответственно выбранной теме и календарно-тематическому плану, сдаются преподавателю строго в указанный срок.

Сведение отобранной информации должно быть встроено в текст в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения;

а) во введении логичным будет обосновать актуальность темы (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью и наукой);

цель (должна соответствовать теме реферата);

задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы;

б) в основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д.

в) заключение содержит выводы по главам (1-1,5 листа). Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Реферат может быть представлен в виде презентации, при этом обязательно выполнение основных требований к реферату, включая правильность оформления списка литературы!

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких специализированных источников (как минимум 8-10 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации. Предпочтение отдается публикациям в специализированных журналах и монографиям признанных специалистов в соответствующей области знаний. Обязательно использование иностранной литературы.

Список реферативных сообщений:

1. Клинические методы исследования в акушерстве
2. Лабораторные методы исследования в акушерстве
3. Инструментальные методы исследования в акушерстве
4. Клинические методы исследования в гинекологии
5. Лабораторные методы исследования в гинекологии

6. Инструментальные методы исследования в гинекологии
7. Терминология и коды МКБ-10 при самопроизвольные роды в затылочном предлежании.
8. Подготовка к родам
9. Ведение партограммы
10. Первый период родов течение и ведение
11. Мониторинг сердечной деятельности плода
12. Эпидемиология и классификация гипертензивных нарушений во время беременности
13. Предикторы ПЭ в ранние сроки беременности
14. Критерии диагностики преэклампсии
15. Клинические проявления преэклампсии
16. HELLP-синдром
17. Классификация, факторы риска и принципы диагностики ПРК
18. Кровотечение при предлежании плаценты
19. Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты
20. Алгоритм действий при послеродовом кровотечении
21. Эндокринная патология и беременность.
22. Заболевания крови и беременность.
23. Аппендицит и беременность.
24. Заболевания почек и беременность.
25. Дифференциальная диагностика неотложных состояний в гинекологии.
26. Методы реабилитации гинекологических пациенток в амбулаторных условиях.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (12 семестр)

Задания на зачете содержат: 1 теоретический вопрос и 1 практический навык.

<i>Задание для показателей оценивания дескриптора «Знает»</i>	<i>Вид задания</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемиология и структура гинекологических заболеваний. 2. Группы риска по развитию заболеваний женских половых органов 3. Группы риска по возникновению осложнений во время беременность 4. Методы обследования в акушерстве 5. Методы обследования в гинекологии 1. Признаки начала родов 2. Ведение первого периода родов 3. Ведение второго периода родов 4. Ведение третьего периода родов 5. Практическое обследование и ведение первого периода родов 6. Практическое обследование и ведение второго периода родов 7. Практическое обследование и ведение третьего периода родов 8. Практическое обследование и ведение в раннем послеродовом периоде 9. Определение и классификация гипертензивных нарушений во время беременности 10. Факторы риска гипертензивных нарушений во время беременности 11. Родоразрешение при гипертензивных нарушениях при беременности 12. Антигипертензивная терапия 13. Магнезиальная терапия 14. Действия при умеренной преэклампсии при сроке беременности <34 недель 15. Практические действия при тяжелой преэклампсии при сроке беременности <34 недель 	<p>- теоретический</p>

Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»	Вид задания
<p style="text-align: center;">Задача №1</p> <p>Больная 56 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление мажущихся кровянистых выделений из половых путей. В менопаузе 4 года. При влагалищном исследовании шейка матки эрозирована, при дотрагивании кровоточит. Произведена кольпоскопия с последующей биопсией шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5мм.</p> <p>I. Укажите стадию заболевания.</p> <p>А. 0. Б. Ia. В. Ib. Г. II. Д. III.</p> <p>II. Какой скрининг-тест является наиболее информативным в диагностике рака шейки матки?</p> <p>А. Бимануальное ректо-вагинальное исследование. Б. Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки. В. Вакуум-кюретаж канала шейки матки. Г. Цитологическое исследование эндометриального аспирата. Д. Простая кольпоскопия.</p> <p>III. Укажите ведущий клинический симптом рака шейки матки.</p> <p>А. Слизисто-гнойные бели. Б. Диспареуния. В. Ауциклические маточные кровотечения. Г. Тазовая боль. Д. Контактные кровотечения.</p> <p>IV. Укажите пути первого этапа лимфогенного метастазирования при раке шейки матки:</p> <p>А. Общие подвздошные лимфатические узлы. Б. Наружные и внутренние подвздошные, а также запирательные лимфатические узлы. В. Параастральные лимфатические узлы. Г. Верхние и нижние ягодичные, а также латеральные крестцовые лимфатические узлы. Д. Поясничные лимфатические узлы.</p> <p>V. Укажите предполагаемый объем неотложной медицинской помощи при кровотечении при наличии у больной инфильтративного рака шейки матки:</p> <p>А. Тугая тампонада влагалища. Б. Чревосечение, экстирпация матки. В. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки и канала шейки матки. Г. Чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.</p> <p>VI. Ваша лечебная тактика у данной больной и объем оперативного лечения.</p> <p>А. Операция Вертгейма с последующей гормональной терапией. Б. Экстирпация матки без придатков с последующей полихимиотерапией. В. Электрokonизация шейки матки с последующей лучевой</p>	<p>- <i>практический</i></p>

терапией.

Г. Симптоматическое лечение.

Д. Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией.

VII. При проведении расширенной экстирпации матки возможно повреждение:

А. Прямой кишки.

Б. Мочеточников.

В. Мочевого пузыря.

Г. Подвздошных сосудов.

VIII. Укажите форму интраэпителиального рака с отсутствием стромы при сохраненной базальной мембране:

А. Низкодифференцированная аденокарцинома.

Б. Модулярный рак.

В. Рак на месте (Cr in situ).

Г. Плоскоклеточный неороговевающий рак.

IX. К признакам тканевого атипизма следует отнести:

А. Нарушение соотношения паренхимы и стромы.

Б. Нарушение формы и величины эпителиальных структур.

В. Отсутствие базальной мембраны в эпителиальных

комплексах.

Г. Все перечисленное выше.

Д. Ничего из перечисленного выше.

Ответ к задаче №1

I - В, II - Б, III - Д, IV - Б, V - А, VI - Д, VII - Б, VIII - В, IX - Г.

Задача №2

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток.

Диагноз? План ведения?

Ответ к задаче №2

Диагноз: Аномальное маточное кровотечение перименопаузального периода. Атипичная аденоматозная гиперплазия эндометрия. Миома матки. Тактика – экстирпация матки с придатками, т.к. имеется атипия клеток, миома матки больших размеров, кроме того, больная не переносит гормонотерапию.

Задача №3

Больная 60 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят больную непостоянно, в течение последних 3-х месяцев. К врачу не обращалась и ничем не лечилась. Постменопауза 10 лет.

Беременностей было 2, закончились срочными родами без осложнений. В возрасте 30 лет получала лечение по поводу воспаления придатков матки. Из объективных данных обращает на себя внимание избыточный вес (100 кг при росте 160 см), повышение уровня глюкозы крови до 8 ммоль/л, артериальная гипертензия - 150/70 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено.

Предположительный диагноз.

Какие методы исследования помогут в правильной постановке диагноза.

Ответ к задаче №3

Аномальное маточное кровотечение постменопаузального периода. С-г эндометрия? Ожирение 3 ст. СД 2 типа. АГ.

У больной имеется характерный фон для возникновения предрака и рака эндометрия (нарушение гипоталамо-гипофизарной системы) – «триада»: АГ, ожирение, СД.

Тактика – полное обследование: общие анализы, СА-125, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, рентгенография грудной клетки, гистероскопия, РДВ с гистологическим исследованием, биопсия эндометрия.

Задача №4

Пациентка Б. 34 лет, обратилась в ЖК 18.03.21 с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух дней. Из анамнеза: Менструации с 13 лет по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. На севере в течение 6 месяцев, приехала из Семипалатинской области. Последняя менструация 18.01.21

Родов – 2, аборт – 4, выкидышей – 0. Гинекологические заболевания: постабортный эндометрит в 2001 году, лечение в ГО (антибактериальная терапия).

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Язык влажный, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/60 мм. рт. ст., Ps 78 уд/мин, T-36,6 С. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика активная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.

В зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки цианотичные, не эрозированные. Выделения сукровичные, скудные.

РВ: Влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев сомкнут. Из цервикального канала сукровичные выделения. Матка тестоватой консистенции, с четким ровным контуром, подвижная, чувствительна при пальпации, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки с обеих сторон не увеличены, эластичной консистенции, безболезненные при пальпации. Своды свободные, безболезненные.

УЗИ: Матка с четким ровным контуром. Размеры: 16.3-16.8-16 см. Структура миометрия однородная, толщина стенок миометрия одинакова на всем протяжении, истончены до 0,8 см. Полость матки

расширена до 10 см, за счет округлых анэхогенных образований диаметром до 0,8 см; напоминает картину «снежной бури».

Яичники: Правый 30-28-24 мм, в структуре по периферии фолликулы от 5,0 до 8,0 мм. Левый: 32-30-28 мм, фолликулы по периферии от 7,0 до 15 мм. В структуре определяется желтое тело диаметром 20 мм.

Свободной жидкости в малом тазу нет.

ОАК. Нв-120 г/л, эритроциты- $4,6 \times 10^{12}$, Нt-32%, лейкоциты- $9,7 \times 10^9$ /л, СОЭ- 20 мм/ч, тромбоциты – 105×10^9 /л

ОАМ: реакция кислая, уд вес – 1020, белок – отр, сахар – отр, л-2 в п/з, пл. эп.- ед в п/зр.

Коагулограмма: ПТИ 120%, фиб А 6,8 г/л, фиб В ++, этаноловый тест ++.

ХГЧ – 15360 МЕ/л.

Вопросы: 1. Выставить предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы диагностики.

3. Лечебная тактика.

4. Реабилитация.

Ответ к задаче №4

1. Трофобластическая болезнь. Пузырный занос.
2. Рентгенография легких, биопсия эндометрия.
3. Вакуум-аспирация полости матки, кюретаж, гистологическое исследование.
4. При пролиферирующем пузырьном заносе – учет у онкогинеколога, профилактический курс химиотерапии. Контрацепция гормональными препаратами.