



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

Фонд оценочных средств

**Б1.В.02 Амбулаторно-поликлиническая помощь
в акушерстве и гинекологии**

Часть, формируемая участниками образовательных отношений

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

квалификация: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 1 от 16.01.2024) и утвержден приказом ректора № 02 от 19.01.2024 года

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1. Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
ПК-3	Способен к ведению физиологической беременности; приему родов	ИПК-3.3 Умеет оказывать помощь при родовспоможении

2. Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации

1. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.
2. Течение и ведение беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Дифференциальная диагностика с преэклампсией, заболеваниями почек.
3. Диагностика беременности.
4. Течение и ведение беременности при заболеваниях мочевыделительной системы. Дифференциальная диагностика с преэклампсией, гипертензией беременных.
5. Послеродовой период, изменения в половых органах и молочных железах. Послеродовой отпуск.
6. Определение срока беременности, подсчет предполагаемой даты родов, предполагаемой массы плода, физиологической кровопотери в родах.
7. Организация помощи беременным в женской консультации
8. Беременность и артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.
9. Беременность и патология гепато-билиарной системы и желудочно-кишечного тракта.
10. Ранний токсикоз беременности. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.
11. Беременность и патология мочевыделительной системы (пиелонефрит, гломерулонефрит, Мочекаменная болезнь).
12. Беременность при сахарном диабете. Клиника, диагностика, тактика ведения.
13. Беременность и патология органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма, туберкулез). Клиника, диагностика, тактика ведения.
14. Беременность и патология крови (анемия, тромбофилия). Клиника диагностика, лечение.
15. Фармакотерапия в акушерстве. Безопасность лекарственных препаратов во время беременности и лактации.
16. Беременность и инфекционная патология (ВИЧ, вирусный гепатит). Диагностика, принципы лечения, родоразрешение, профилактика мед. Персонала.
17. Преэклампсия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
18. Репродуктивная система женщины. Периоды развития и регуляция.
19. Эклампсия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.

20. Прегравидарная подготовка (основные принципы)
21. Течение и ведение физиологического послеродового периода. Лактация. Послеродовая контрацепция.
22. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Классификация, диагностика, принципы лечения.
23. Беременность и сердечно сосудистая патология (пороки сердца). Тактика ведения, родоразрешение.
24. Беременность и инфекционная патология (кишечная инфекция). Диагностика, тактика врача.
25. Структура и организация работы женской консультации. Организация помощи беременным в женской консультации.
26. Физиологические изменения в системе гемостаза при нормально протекающей беременности.
27. Поздний послеродовый период изменения в репродуктивной системе.
28. Профилактика гнойно септических осложнений в акушерстве.
29. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов, наблюдение за беременной женщиной. Группы повышенного риска.
30. Гигиена и диета беременных. Роль женской консультации в решении проблемы «крупный плод».
31. Период лактации. Возможные осложнения.
32. Грудное вскармливание: принципы создания мотивации у женщин, организация помощи.
33. Диспансеризация беременных на амбулаторном этапе.
34. Гипертоническая болезнь и беременность. Дифференциальная диагностика с преэклампсией и заболеванием почек. Роль женской консультации в выявлении гипертонической болезни у беременных.
35. Преэклампсия. Клиника, диагностика, лечение, возможные осложнения.
36. Беременность при патологии органов дыхания (бронхиальная астма, туберкулез).
37. Беременность при патологии мочевыделительной системы (гломерулонефрит, единственная почка).
38. Беременность при артериальной гипертензии. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
39. Современный принцип лечения хронических рецидивирующих заболеваний внутренних половых органов.
40. Бесплодие (эндокринные формы), клиника, диагностика, современные методы лечения.
41. Аномальные маточные кровотечения в детородном возрасте (причина, клиника, диагностика, лечение, реабилитация)
42. Клинические формы нарушения менструального цикла.
43. Дисгенезия гонад и тестикулярная феминизация. Клиника,

диагностика, терапия.

44. Регуляция полового цикла. Методы функциональной диагностики.

45. Контрацепция у женщин разных возрастных групп.

46. Гипоталамо-гипофизарная аменорея. Клиника, диагностика, принцип терапии.

47. Бесплодие в супружеской паре. Система и методы обследования при бесплодном браке.

48. Воспалительные заболевания внутренних половых органов (метроэндометрит) этиопатогенез, диагностика, лечение, профилактика.

49. Фибромиома матки. Классификация, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению.

50. Причины женского и мужского бесплодия. Система и методы исследования при бесплодном браке.

51. Фоновые заболевания влагалищной части шейки матки и предраковые состояния. Диагностика, методы лечения.

52. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, принципы лечения.

53. Нейроэндокринный синдром (естественная и искусственная менопауза). Менопаузальный синдром.

54. Миома матки: Классификация, диагностика, клиника, принципы лечения, диспансерное наблюдение)

55. Предоперационное обследование и подготовка гинекологических больных к операциям. Характер информации родственников о проведении операции.

56. Аменорея. Форма, клиника, диагностика, лечение.

57. Апоплексия. Форма, дифференциальная диагностика, методы лечения разных видов апоплексии, профилактика.

58. Критерии преимущества методов контрацепции. Планирование семьи и контрацепция.

59. Эндометриоз. Клиника, диагностика, лечение.

60. Менопаузальный синдром. Клиника, диагностика, тактика лечения.

61. Фибромиома матки (нарушение питания фиброматозного узла). Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

62. Нейроэндокринный синдром (гиперпролактинемия)

63. Доброкачественная патология молочных желез.

64. Аменорея. Формы, клиника, диагностика, методы лечения.

Прогноз. Профилактика.

65. Применение гормонотерапии в гинекологии. Показания, противопоказания.

66. Предменструальный синдром. Клиника, диагностика, лечение,

профилактика.

67. Аномальные маточные кровотечения в период полового созревания (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация).

68. Система опроса гинекологических больных. Методы объективного исследования в гинекологической практике.

69. Задержка полового развития. Клинические формы, диагностика, лечение.

70. Прерывание беременности в ранние сроки. Методы, показания, противопоказания.

71. Анатомия женских половых органов (наружных и внутренних). Связочный аппарат матки и его функциональное значение.

72. Вирильный синдром. Клинические формы. Диагностика, лечение.

73. Планирование семьи. Методы контрацепции.

74. Аномальные маточные кровотечения в постменопаузе.

75. Регуляция полового цикла, методы функциональной диагностики.

76. Контрацепция (внутриматочные спирали). Показания, противопоказания.

77. Гиперпластические процессы эндометрия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

78. Факторы риска рака эндометрия. Клиника, диагностика.

79. Факторы риска развития рака шейки матки. Клиника, диагностика, гистологические формы.

80. Неотложные состояния в гинекологии. Дифференциальный диагноз: внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты.

3. Тестовые задания

Структура и организация работы женской консультации

1. Документ, по которому можно проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин:

А. Статистический талон уточнения диагноза

Б. Индивидуальная карта беременной

В. Журнал госпитализации

Г. Журнал консилиумов

2. Под профилактическим гинекологическим осмотром подразумевается медицинский осмотр:

А. Контингента женщин, работающих во вредных условиях производства

Б. Декретированных контингентов рабочих и служащих при

поступлении на работу

В. Больных, состоящих на диспансерном учете

Г. Женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний

3. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится методом:

А. Оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию

Б. Профилактических осмотров

В. Периодических осмотров декретированных контингентов

Г. Диспансерного наблюдения

**Организация помощи беременным в женской консультации.
Диспансерное ведение беременных женщин. Диагностика ранних сроков беременности. Признаки готовности организма к родам.
Физиология и патология позднего послеродового периода**

1. В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы:

А. Субинволюция матки

Б. Полное формирование канала шейки матки

В. Снижение тонуса мышц тазового дна

Г. Ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки

2. Для осуществления нормальной инволюции послеродовой матки имеет значение:

А. Нормальное функционирование дыхательной системы родильницы

Б. Гигиена новорожденного

В. Естественное вскармливание новорожденного

Г. Диетика родильницы

3. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет:

А. 50 мл

Б. 100 мл

В. 200 мл

Г. до 1.5 литров

Гинекологические заболевания как междисциплинарная проблема

1. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки:

А. Косой

- Б. Циркулярный
- В. Косо-продольный
- Г. Продольный

2. Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:

- А. 7-8 см
- Б. 9-10 см
- В. 10-12 см
- Г. 15-18 см

3. Диафрагма таза образуется:

- А. Глубокой поперечной мышцей промежности
- Б. Мышцей, поднимающей задний проход
- В. Мочеполовой диафрагмой
- Г. Поверхностной поперечной мышцей промежности

4. Ситуационная задача

Пациентка И., 50 лет, главный бухгалтер, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструаций в течение двух месяцев, упорные запоры и прибавку массы тела. Кроме того, жалуется на одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться, частые позывы на мочеиспускание.

Из анамнеза: Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Родов 2, аборт 2. В 35 лет перенесла аппендэктомия, без осложнений. Ранее отмечала периодические повышения АД до 170/100 мм рт. ст. систематического лечения не получала. В течение последнего года менструации стали скудными и нерегулярными, за это же время прибавила около 10 кг массы тела.

Объективно: Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 160/100 мм рт. ст. Температура тела = 35,8°C. Окружность талии 102 см. Масса тела 89 кг, рост 162 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах. Матка увеличена до 14 нед. беременности, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = $3,9 \times 10^{12}/л.$, Нб = 105 г/л. Лейкоциты = $6,2 \times 10^9/л.$, СОЭ =

4 мм/час.

ОАМ: плотность = 1025; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий - ед. в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

ЭКГ: Ритм синусовый, 48 в 1 минуту. $R_I > R_{II} > R_{III}$, $R_{V5} > R_{V4}$, $R_{V5} + S_{V1} = 40$ мм. PQ = 0,18 с.

Биохимический анализ крови: Общий холестерин 7,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 66 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л.

Гормоны крови: ФСГ 36 МЕ/мл, ТТГ 6,3 ММЕ/л

УЗИ органов малого таза: объем матки 661 см³, внешний контур деформирован – подслизистый узел на широком основании диаметри 77 мм, миометрий диффузно неоднородный с гиперэхогенными включениями, полость матки сомкнута, толщина эндометрия 2 мм. Яичники объемом 2,1 и 2,4 см³, фолликулы единичны, преобладает строма.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ НА НИХ:

Вопрос	Ответ
Сформулируйте диагноз основного и сопутствующих заболеваний	Миома матки. Гипотиреоз
Какие лабораторные и/или инструментальные исследования, консультации смежных специалистов необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики	не требуется дополнительного обследования
Какие лечебные мероприятия должны быть в первую очередь проведены	Диета № 10 (исключение универсальных сенсibilизаторов и пищевых аллергенов, ограничение блюд и напитков, возбуждающих нервную и эндокринную системы, ограничение соли и жидкости). Постельный режим на период активного воспаления с ограничением физических нагрузок. НПВП: предпочтительно из группы ингибиторов ЦОГ (мовалис, найз), т.к. при не исключенности эрозивных изменений СОЖ и повышенном уровне АсАТ и АлАТ в крови больной не

	<p>показаны не только препараты пирозолонового и пиразолидинового ряда, но и производные пиррола, индолуксусной, ортооксибензойной, мефенаминовой и антраниловой кислот (обладают ульцерогенным или гепатотоксическим действием).</p> <p>Аппликации на область пораженных суставов 50% р-ра ДМСО с вольтареном и/или анальгином (ежедневно, по 45 минут, числом 10). Вопрос о назначении фонофореза гидрокортизона на область пораженных суставов должен решаться, исходя из динамики процесса на фоне «стартовой» терапии (её эффективность оценивается через 7-10 дней).</p>
--	---

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОЙ РЕЦЕНЗИИ

Вопрос	Ответ
<p>Сформулируйте диагноз основного и сопутствующих заболеваний, обоснуйте</p>	<p>Эндемический зоб 1 ст. Гипотиреоз. Артериальная гипертония 2 степени 2 стадии риск 4. Атерогенная дислиппротеидемия.</p> <p>Перименопауза. Миома матки, субсерозно-интерстициальная, 14 недель беременности. Рубцовая деформация шейки матки.</p> <p><i>Обоснование нозологической формы:</i> Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные у пациентки, проживающей в эндемичном районе</p> <p><i>Обоснование гипотиреоза:</i> упорные запоры и прибавка массы тела, одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться клинические симптомы гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ – лабораторный критерий.</p>

	<p><i>Обоснование АГ 2 степени:</i> периодические повышения АД до 170/100 мм рт. ст.</p> <p><i>Обоснование АГ 2 стадии:</i> признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.</p> <p><i>Обоснование крайне высокого сосудистого риска:</i> АГ 2 степени гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипотеидемия + перименопауза</p> <p><i>Обоснование перименопаузы:</i> менопауза диагностируется, как минимум, через год после последней менструации. Лабораторное подтверждение – повышения уровня ФСГ Клинических проявлений типичного климактерического синдрома нет.</p> <p><i>Обоснование миомы:</i> данные УЗИ и влагалищного исследования.</p>
<p>Какие лабораторные и/или инструментальные исследования, консультации смежных специалистов необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики / обоснуйте</p>	<p><i>Для дополнительной объективизации эндемического зоба исключения очаговых образований в щитовидной железе:</i> УЗИ щитовидной железы</p> <p><i>Для уточнения поражения органов-мишеней АГ:</i> определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий.</p> <p><i>Для определения рентгенологической стадии процесса:</i> рентгенография кистей суставов (выявление эрозивно-деструктивных изменений – «узурации суставного хряща» - является показанием к назначению средств базисной терапии) с 2- летним интервалом повторных рентгенографий, т.к. количество вновь вовлекающихся за этот период суставов и динамика рентгенологических изменений в ранее пораженных позволяют объективизировать представление о варианте течения (стационарное, медленно или быстро прогрессирующее) и обосновать необходимость коррекции лекарственной терапии.</p>

Для уточнения причины анемии: бесконтрольный прием индометацина требует исключения эрозивно-язвенного поражения СОЖ с диapedезной кровоточивостью (ФГС), а также определения уровня железа сыворотки (наиболее вероятна железодефицитная анемия, т.к. против иммунного гемолитического её генеза свидетельствуют нормальный уровень билирубина и отсутствие характерного увеличения селезенки).

Для уточнения природы гиперферментемии (АсАт/АлАт = 0,8/1,3 ммоль/л): в отсутствие указаний на имевшийся в прошлом у больной контакт с гепатотоксичными агентами (включая этанол) представляется целесообразным исследование в крови маркеров вирусов гепатита В и С (ИФА-определение антигенов НВsAg, НВеAg и антител АНВsAg, АНВеAg, АНВcor – суммарных и из иммуноглобулинов класса М; ПЦР-определение ДНК НВV и РНК НCV), инфицированность которыми может быть не известна больным. Желательны также исследование липидограммы сыворотки крови и проведение УЗИ печени (для исключения стеатоза печени и неалкогольного стеатогепатита).

Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ($R_I > R_{II} > R_{III}$. $R_{V2} = S_{V2}$. Угол $\alpha = 35^\circ$): задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках - бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца.

<p>Какие лечебные мероприятия должны быть в первую очередь проведены; обоснуйте</p>	<p>Необходимость направления больной на консультацию к ревматологу и желательность консультаций гастроэнтеролога и кардиолога. При возникновении кровотечений в перименопаузе необходима консультация гинеколога с оценкой гистологии эндометрия. Учитывая наличие миомы - возможно плановое оперативное лечение (показанием к оперативному лечению являются - размеры матки соответствуют 14 неделям беременности, наличие запоров, учащенного мочеиспускания, свидетельствующее о нарушении функции смежных органов). Тактически оправдана госпитализация больной в стационар (желательно в ревматологическое отделение) для выполнения необходимых уточняющих исследований и определения оптимального объема лекарственной терапии</p>
<p>Оцените допущенные ошибки</p>	<p>Ошибкой догоспитального этапа можно считать позднее обращение больной к участковому врачу (и терапевту и гинекологу).</p>