

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Министерство образования и науки Кыргызской Республики**

**Межгосударственная образовательная организация высшего образования
Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента
Российской Федерации Б.Н. Ельцина.**

Фонд оценочных средств

по дисциплине «Поликлиническое акушерство и гинекология»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.01. – РФ, 560001 – КР Лечебное дело

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация Врач-лечебник

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
<p>ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</p>	<p>Знать: методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм</p>	<p>Блок А Вопросы для рубежного контроля. Вопросы для промежуточной аттестации Тестовые задания Устный опрос</p>
	<p>Уметь: осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний</p>	<p>Блок С Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов)</p>
	<p>Владеть: навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний.</p>	<p>Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита Презентации клинического случая</p>
<p>ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знать: методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);</p>	<p>Блок А Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая</p>
	<p>Уметь: подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;</p>	<p>Блок В Ситуационные задачи (кейсы) Письменный разбор клинической ситуации (Оформление карт, историй болезни, назначений)</p>
	<p>Владеть: навыками сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и</p>	<p>Блок Д Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая</p>

	неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;	
--	---	--

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ/ПРАКТИКИ

Технологическая карта дисциплины «поликлиническое акушерство и гинекология»

Курс/семестр: 6/11 Количество кредитов (ЗЕ): 2 Отчетность: зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
	Текущий	Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС.	17	30	12 неделя
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Модуль 2					
	Текущий	Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС.	17	30	21
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Устный опрос Решение ситуационных задач		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Рубежный контроль проверка полноты знаний и умений (достижения образовательных результатов) по материалу модуля в целом.

Промежуточный контроль завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой модулей дисциплины.

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

А.0 Фонд тестовых заданий по дисциплине.

А.1 Вопросы для опроса:

1. 8
2. 12
3. 6
4. 4
5. 5

Когда рекомендовано первое посещение

1. в 25 недель гестации
2. до 8 недель гестации
3. до 13 недель гестации
4. до 12 недель гестации
5. в 10 недель гестации

До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода

1. до 15 недель беременности
2. до 13 недель беременности
3. до 8 недель беременности
4. до 14 недель беременности
5. до 16 недель беременности

В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому про

1. 440 мкг
2. 400 мкг
3. 1000 мкг
4. 1500 мкг
5. 800 мкг

В каком сроке рекомендуется начинать заполнение гравидограммы при физиологической беременности

1. В 24-25 недель беременности
2. В 19-20 недель беременности
3. В 20-21 недель беременности
4. В 12 недель беременности
5. 28-29 недель беременности

Гравидограмма - это

1. графическое изображение родов
2. графическое изображение беременности
3. графическое изображение динамики роста, высоты стояния дна матки
4. графическое изображение динамики сокращения матки
5. графическое изображение динамика роста нижнего сегмента матки

Динамическое заполнение гравидограммы позволяет заподозрить

1. в/у гипоксию плода

2. задержку внутриутробного развития плода
3. замедленное сокращение матки
4. переношенность плода
5. угрозу преждевременных родов

Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:

1. более 10⁵ колониеобразующих единиц бактерий
2. более 10² колониеобразующих единиц бактерий
3. более 10⁶ колониеобразующих единиц бактерий
4. более 10¹⁰ колониеобразующих единиц бактерий
5. более 10³ колониеобразующих единиц бактерий

Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности

1. 8
2. 12
3. 6
4. 4
5. 5

Когда рекомендовано первое посещение

1. в 25 недель гестации
2. до 8 недель гестации
3. до 13 недель гестации
4. до 12 недель гестации
5. в 10 недель гестации

До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода

1. до 15 недель беременности
2. до 13 недель беременности
3. до 8 недель беременности
4. до 14 недель беременности
5. до 16 недель беременности

В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому про

1. 440 мкг
2. 400 мкг
3. 1000 мкг
4. 1500 мкг
5. 800 мкг

В каком сроке рекомендуется начинать заполнение гравидограммы при физиологической беременности

1. В 24-25 недель беременности
2. В 19-20 недель беременности
3. В 20-21 недель беременности
4. В 12 недель беременности
5. 28-29 недель беременности

Гравидограмма - это

1. графическое изображение родов
2. графическое изображение беременности

3. графическое изображение динамики роста, высоты стояния дна матки
4. графическое изображение динамики сокращения матки
5. графическое изображение динамика роста нижнего сегмента матки

Динамическое заполнение гравидограммы позволяет заподозрить

1. в/у гипоксию плода
2. задержку внутриутробного развития плода
3. замедленное сокращение матки
4. переношенность плода
5. угрозу преждевременных родов

Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:

1. более 10⁵ колониеобразующих единиц бактерий
2. более 10² колониеобразующих единиц бактерий
3. более 10⁶ колониеобразующих единиц бактерий
4. более 10¹⁰ колониеобразующих единиц бактерий
5. более 10³ колониеобразующих единиц бактерий

А.2 Вопросы для рубежного контроля (коллоквиума)

Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности

1. Нормальное расположение матки при влагалищном исследовании:
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. шейка матки выходит за половую щель
 3. шейка матки не выходит за половую щель
 4. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 5. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
2. Данные влагалищного исследования при неполном выпадении матки
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. шейка матки выходит за половую щель
 3. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 4. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 5. шейка матки не выходит за половую щель
3. Данные влагалищного исследования при полном выпадении матки
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. шейка матки выходит за половую щель
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель
 5. шейка матки не выходит за половую щель
4. Данные влагалищного исследования при ретрофлексии матки
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель
 5. шейка матки не выходит за половую щель
5. Данные влагалищного исследования при гиперантефлексии матки
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель

5. шейка матки не выходит за половую щель
6. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?
 1. пертубация
 2. гистеросальпингография
 3. эхогистероскопия
 4. лапароскопия с хромотубацией
 5. лимфография
7. Отметьте неприемлемый метод диагностики для выявления ЦМВИ:
 1. культуральный метод (выделение вируса в слюне, моче, крови, цервикальном отделяемом, амниотической жидкости)
 2. цитологический метод (выявление гигантских клеток)
 3. бактериологический посев из носа, шейки матки, уретры, мочи, кала и слезной жидкости
 4. ПЦР (обнаружение ДНК вируса в активной и латентной форме) и ИФА (определение специфических антител)
 5. ничего из перечисленного
8. Диагностическая гистероскопия показана при:
 1. рецидивирующих маточных кровотечениях в репродуктивном возрасте
 2. кровотечениях в менопаузе
 3. полипах эндометрия и плацентарных полипах
 4. аномалиях развития тела матки
 5. все перечисленное выше
9. Что удастся определить при гистеросальпингографии?
 1. наличие опухоли матки
 2. наличие перегородки в полости матки
 3. проходимость маточных труб
 4. все перечисленное неверно
 6. все перечисленное верно
10. К тестам функциональной диагностики относятся все, кроме:
 1. симптома «зрачка»
 2. симптома «папоротника»
 3. симптома натяжения шеечной слизи
 4. симптома Бабинского
 5. ничего из перечисленного
11. Что определяет кольпоцитологический метод исследования:
 1. гормон продуцированную опухоль в организме
 2. опухоль матки
 3. эстрогенную насыщенность организма
 4. гиперфункцию надпочечника
 5. верно все перечисленное
12. Тесты функциональной диагностики позволяют определить
 1. двуфазность менструального цикла
 2. уровень эстрогенной насыщенности организма
 3. наличие овуляции
 4. все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
13. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является
 1. опухоль яичника
 2. подозрение на внематочную беременность

3. эндометриоз
4. аномалия развития тел матки
5. верно все перечисленное
14. Для цитологического исследования шейки матки забор материала проводится из
 1. мазков из эндоцервикса
 2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
15. Для цитологического исследования эндометрия забор материала проводится из
 1. мазков из эндоцервикса
 2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
16. Для цитологического исследования содержимого дугласова пространства забор материала проводится из:
 1. мазков из эндоцервикса
 2. содержимого полученного при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
17. Для цитологического исследования цервикального канала забор материала проводится из
 1. мазки из эндоцервикса
 2. смыв дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазки с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
18. Показатели тестов функциональной диагностики при ановуляторном менструальном цикле
 1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
 2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
 3. монофазная базальная температура, симптом зрачка+++, пролиферация эндометрия
 4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм
 5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла
19. Показатели тестов функциональной диагностики при двухфазном менструальном цикле
 1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
 2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
 3. монофазная базальная температура, симптом зрачка+++, пролиферация эндометрия
 4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм
 5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла
20. Зондирование полости матки проводится:
 1. перед проведением искусственного аборта
 2. перед диагностическим выскабливанием полости матки
 3. перед введением в полость матки ВМС
 4. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки

5. все ответы правильны
21. Противопоказанием к зондированию полости матки является:
 1. острый воспалительный процесс половых органов
 2. подозрение на маточную беременность
 3. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки
 4. правильно 1 и 2
 5. правильно все перечисленное
22. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища должна производиться
 1. при подозрении на внутрибрюшное кровотечение
 2. при подозрении на апоплексию яичника с внутренним кровотечением
 3. при подозрении на нарушенную трубную беременность
 4. при подозрении на ненарушенную трубную беременность
 5. верно 1, 2, 3
23. Особенности нормального менструального цикла являются:
 1. овуляция
 2. образование желтого тела в яичнике
 3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
24. Какие признаки соответствуют I степени чистоты влагалищного мазка:
 1. единичные лейкоциты
 2. палочки Додерлейна
 3. обильная кокковая флора
 4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
 5. правильно 1 и 2
25. Какие признаки соответствуют IV степени чистоты влагалищного мазка:
 1. единичные лейкоциты
 2. палочки Додерлейна
 3. обильная кокковая флора
 4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
 5. правильно 3 и 4
26. К чисто прогестинным контрацептивам относятся:
 1. регивидон
 2. триквилар, тригистон.
 3. микролют, микронон, МПА.
 4. Диане-35
 5. ничего из перечисленного
27. Контрацептивный эффект эстроген-прогестагеновых препаратов основан на
 1. увеличении пика ЛГ и увеличении вязкости шеечной слизи
 2. увеличении пика ЛГ и уменьшении вязкости шеечной слизи
 3. снижении пика ЛГ и увеличении вязкости шеечной слизи
 4. снижении пика ЛГ и уменьшении вязкости шеечной слизи
 5. все перечисленное неверно
28. Гормональные средства контрацепции можно применять для профилактики рака:
 1. влагалища
 2. маточной трубы
 3. эндометрия
 4. шейки матки
 5. яичников

29. Когда женщине, впервые собирающейся принимать комбинированные гормональные оральные контрацептивы (КОК), следует начать первую упаковку таблеток?
1. только в первый день менструального цикла
 2. в первые 5 дней менструального цикла
 3. сразу по окончании менструации
 4. день менструации не имеет значение
 5. в любое удобное для себя время
30. Как принимают чисто прогестиновые таблетки?
1. Принимать по 1 таблетке ежедневно, желательно в одно и то же время
 2. принимать первую таблетку в интервале с первого по седьмой день после начала менструации (1 день предпочтительнее)
31. некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие – 35. После завершения упаковки надо немедленно начинать прием таблеток из новой упаковки без единого дня перерыва.
4. если пациентка приняла таблетку с опозданием меньше 2-х часов – принять как можно скорее пропущенную таблетку, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию
 5. все вышеперечисленное
32. Если женщина забыла принять две или более активные таблетки КОК, ей следует:
1. прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее начнется менструация
33. выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
3. принимать по 2 таблетки до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема
 4. перейти на использование другого метода использования
 5. ничего из выше перечисленного
34. Первая инъекция Депо-провера должна быть сделана женщине с регулярными менструациями:
1. только в 1 день менструации
 2. в течение 5 дней со дня начала менструации
 3. в течение 2-х недель со дня начала менструации
 4. независимо от дня менструального цикла
 5. в любое удобное для себя время
35. Какое из перечисленных состояний и заболеваний обусловлено длительным приемом гормональных средств контрацепции?
1. аменорея
 2. гипертензия
 3. тромбоз эмболия
 4. инфаркт миокарда
 5. дисфункция яичников
36. На каких принципах основывается использование комбинированных оральных контрацептивов при лечении первичной альгодисменореи?
1. их использование приводит к восстановлению баланса между продукцией эстрогенов и прогестерона
 2. при их применении подавляется овуляция
 3. при их применении восстанавливается баланс между образованием PGE₂ и PGF₂ в матке
 4. все вышеперечисленное верно
 5. все вышеперечисленное неверно

37. Продолжительность менструального цикла при приеме большинства КОК составляет
1. 21 день
 2. 24 дня
 3. 28 дней
 4. 35 дней
 5. 32 дня
38. Какой метод контрацепции является необратимым?
1. Депо-провера
 2. ВМС
 3. КОК
 4. КИК
 5. ДХС
39. Когда начинают прием чисто прогестиновых оральных контрацептивов?
1. спустя 6 месяцев после родов, если женщина использует метод лактационной аменореи
 2. с 1 по 7 день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна
 3. сразу после аборта
 4. верно все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
40. Какие методы контрацепции не рекомендованы для кормящей грудью женщины
1. КОК
 2. презервативы и спермициды
 3. ВМС
 4. МЛА
 5. чисто прогестиновые контрацептивы
41. Использование Постинора в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло не более:
1. 24 часов
 2. 48 часов
 3. 72 часов
 4. 10 дней
 5. 15 дней и выше
42. Для посткоитальной контрацепции применяют все, кроме:
1. комбинированных оральных контрацептивов
 2. чисто прогестиновых контрацептивов
 3. внутриматочных средств
 4. спермицидов
 5. ничего из перечисленного
43. Какой метод контрацепции вы посоветуете женщине, прошедшей терапию гиперпролактинемии и выполнившей репродуктивную функцию?
1. КОК
 2. ВМС
 3. лапароскопическая стерилизация
 4. чистые гестагены
 5. верно 3.4
44. Абсолютными противопоказаниями к применению ВМС являются:
1. маточное кровотечение неясной этиологии
 2. врожденные аномалии развития матки

3. активный воспалительный процесс в органах малого таза
 4. внематочная беременность в анамнезе
 5. все перечисленное верно
45. Введение ВМС в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло до:
1. 2 дней
 2. 5 дней
 3. 1 недели
 4. 2 недель
 5. 2 недели и выше
46. В состав ВМС «Мирена» входит:
1. медроксипрогестерона ацетат.
 2. левоноргестрел
 3. оксипрогестерона капронат.
 4. гестоден
 5. ничего из перечисленного.
47. Для морфологической картины эндометрия на фоне ВМС «Мирена» характерно всё, кроме:
1. торможения пролиферативных процессов
 2. развития атрофических изменений в слизистой матки.
 3. подавления активности клеток желез.
 4. развития гиперпластических процессов.
 5. ничего из перечисленного
48. К возможным изменениям менструального цикла при использовании ВМС «Мирены» относится, все кроме:
1. аменореи
 2. влагилищные кровянистые выделения различной интенсивности
 3. олигоменореи
 4. меноррагии
 5. верно все перечисленное
49. Противопоказанием к введению ВМС «Мирены» является:
1. гиперплазия эндометрия.
 2. интерстициальная миома матки небольших размеров.
 3. множественная интерстициальная миома матки небольших размеров.
 4. состояние после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного периода.
 5. субмукозная миома матки.
50. ВМС «Мирена» не применяют при:
1. наличии противопоказаний к приему оральных контрацептивов.
 2. нарушении функций печени
 3. гиперплазии эндометрия.
 4. аденокарциноме эндометрия
51. Аменорея, развивающаяся при использовании ВМС «Мирена» обусловлена:
1. торможением функции гипофиза.
 2. торможением функции яичников.
 3. локальным влиянием гормона на эндометрий.
 4. торможением выработки гонадотропных гормонов.
 5. верно все перечисленное
52. Введение ВМС «Мирены» не рекомендуется в виду возможной её экспульсии при:

1. интерстициальной миоме матки с центрипитальным ростом узла, деформирующей полость матки более чем на 30%
 2. множественной интерстициальной миоме матки небольших размеров
 3. аденомиозе
 4. железистой гиперплазии эндометрия
 5. верно все выше перечисленное
53. Ваши рекомендации по методу контрацепции для замужней женщины, страдающей сахарным диабетом и имеющей детей
1. гормональная контрацепция
 2. хирургическая стерилизация
 3. внутриматочная контрацепция
 4. хирургическая стерилизация мужа
 5. барьерные методы
54. К барьерным методам контрацепции относятся:
1. презервативы.
 2. применение КОК и КИК
 3. применение чисто прогестиновых контрацептивов
 4. хирургическая стерилизация
 5. верно все перечисленное.
55. Преимущества использования презервативов заключаются в
1. предохранении от заражения вич и других зппп
 2. простоте использования
 3. низкой стоимости данного метода
 4. все выше перечисленное верно
 5. все перечисленное не верно
56. Если женщина использует метод лактационной аменореи, при появлении каких сигналов ей необходимо прийти к врачу для получения рекомендации по использованию другого вида контрацептива:
1. ребенку исполнилось 6 месяцев
 2. у матери возобновились менструации
 3. ребенок стал получать прикорм и спит всю ночь без кормления
 4. все выше перечисленное верно
 5. ничего из перечисленного не верно
57. К методам естественного планирования семьи относятся:
1. календарный метод.
 2. применение комбинированных оральных контрацептивов.
 3. использование презервативов.
 4. применение чисто прогестиновых контрацептивов.
 5. ВМС.
58. Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о:
1. нормальном расположении ВМК
 2. низком расположении ВМК
 3. перфорации
 4. экспульсии ВМК
 5. ничего из перечисленного
59. При назначении гормональной контрацепции следует учитывать:
1. возраст женщины
 2. наличие гинекологических заболеваний, при которых гормональные контрацептивы противопоказаны
 3. наличие экстрагенитальной патологии, при которой противопоказаны ОК
 4. фенотип женщины

5. все вышеперечисленное
60. Рекомендуемые гормональные контрацептивы никотинзависимым женщинам:
 1. микродозированные КОК
 2. ВМС Мирена
 3. влагалищные кольца
 4. высокодозированные КОК
 5. правильно 1,2,3
61. При появлении каких симптомов следует прекратить прием контрацептивов и обратиться срочно к врачу:
 1. сильные боли в области живота (тромбоз мезентериальных сосудов)
 2. сильные боли в области груди, кашель, одышка (эмболия легочная)
 3. сильные головные боли, головокружение, чувство общей слабости или онемения (ишемический инсульт)
 4. нарушение (помутнение или потеря) зрения, сильные боли в нижних конечностях (тромбоз ретинальной вены, тромбофлебит)
 5. все вышеперечисленные симптомы
62. Посткоитальная контрацепция показана в случае:
 1. изнасилования
 2. разрыва презерватива
 3. пропущенной таблетки орального контрацептива
 4. случайная половая связь
 5. все перечисленное выше
63. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:
 1. нарушении функции печени;
 2. эпилепсии;
 3. тромбофлебитическом синдроме;
 4. ожирении III—IV степени;
 5. всех перечисленных выше заболеваниях.
64. Контрацептивный эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов достигается благодаря:
 1. подавлению овуляции;
 2. нарушению (блокаде) имплантации развивающейся бластоцисты в эндометрий;
 3. нарушению функции желтого тела;
 4. изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.
 5. все перечисленное
65. Что не является преимуществом медикаментозного аборта:
 1. позволяет избежать хирургического вмешательства, анестезии
 2. протекает более естественно как менструация
 3. снижение риска восходящей инфекции
 4. более частые и более длительные контрольные посещения
 5. все перечисленное верно
66. Абсолютное противопоказание для проведения медикаментозного аборта:
 1. наличие рубца на матке
 2. многоплодная беременность
 3. миома матки больших размеров
 4. беременность на фоне гормональной контрацепции
 5. лактация
67. Что не является противопоказанием к проведению медикаментозного аборта.
 1. внематочная беременность
 2. беременность на фоне приема КОК
 3. острая почечная и печеночная недостаточность

4. анемия (Hb менее 70г/л)
5. тромбозы
68. При проведении медикаментозного прерывания срок аменореи с 1 дня последней менструаций не должен превышать:
 1. 24-дня
 2. 43-дня
 3. 49-дней
 4. 59-дней
 5. 65-дней
69. Какие группы препаратов используются при проведении медикаментозного прерывания беременности?
 1. эстрогены, гестагены
 2. антипрогестины, простагландины
 3. антиэстрогены, агонисты Гн-РГ
 4. антиэстрогены, простагландины
 5. ничего из перечисленного
70. Наиболее эффективная доза мифепристона для проведения медикаментозного аборта:
 1. 150 мг
 2. 200мг
 3. 400 мг
 4. 600 мг
 5. 800 мг
71. Наиболее оптимальный интервал между приемом мифепристона и мизопростола
 1. 24-48 часов
 2. менее 12 часов
 3. 24 часа
 4. более 72 часов
 5. каждые 8 часов
72. Наиболее эффективное использование мизопростола при проведении медикаментозного аборта:
 1. сублингвально
 2. вагинально
 3. перорально
 4. перорально и вагинально
 5. сублингвально и вагинально
73. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
 1. в анамнезе - множественные аборты
 2. эндометрит
 3. пузырный занос
 4. все перечисленные факторы
 5. аномалии развития матки
74. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если
 1. перфорация матки произведена зондом
 2. состояние больной удовлетворительное
 3. признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
 4. ничего из перечисленного
 5. верно 1,2
75. При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача:
 1. ускорить удаление плодного яйца кюреткой
 2. попытаться удалить плодное яйцо пальцем

3. лапаротомии, экстирпация матки
 4. удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксхолеатора
 5. верно 1,4
76. Какое из условий не является основанием для ограничения доступа к аборту
1. лихорадка
 2. ВИЧ
 3. сексуально трансмиссивные заболевания в период обострения и острой фазе
 4. срок беременности больше 12 недель
 5. тяжелое состояние женщины, требующее оказания неотложной помощи
77. Рекомендуемая анестезия для проведения МВА:
1. общая
 2. парацервикальная
 3. НПВС
 4. НПВС + парацервикальная
 5. отсутствие анестезии
78. Восстановление фертильности после МВА происходит через:
1. 10 – 14 дней
 2. 30 – 40 дней
 3. следующий менструальный цикл
 4. до 10 дней
 5. через несколько месяцев
79. В перечень обследования для проведения МВА входит все перечисленное, кроме
1. УЗИ
 2. осмотра гинеколога
 3. определения резус фактора
 4. RW, ВИЧ
 5. мазка на флору
80. Критерии эффективного проведения МВА:
1. в канюле появляется розовая пена без тканей и гладкие стенки матки
 2. гладкие стенки матки и свободное продвижение канюли
 3. в канюле кровь
 4. неоднородность стенок матки
 5. в канюле розовая пена, шероховатость стенок матки, сокращение матки вокруг канюли
81. Что из нижеперечисленного относится к I степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
82. Что из нижеперечисленного относится ко II степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена

2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
83. Что из нижеперечисленного относится к III степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
84. Что из нижеперечисленного относится к IV степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
85. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал
1. с помощью трихомонад
 2. с помощью сперматозоидов
 3. благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
 4. всеми перечисленными способами
 5. ни одним из перечисленных способов
86. Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки
1. разрывы промежности
 2. нарушение гигиены половой жизни
 3. нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
 4. зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)
 5. все перечисленные
87. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления
1. острой
 2. подострой

3. обострения хронического процесса (один из вариантов)
 4. верно 1) и 2)
 5. всех перечисленных
88. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
1. золотистым стафилококком
 2. грамотрицательной флорой
 3. анаэробами
 4. аэробы
 5. ассоциацией микроорганизмов
89. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается
1. боль внизу живота и в области поясницы
 2. болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
 3. болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
 4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное
90. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом, проявляется в развитии у них:
1. бесплодия
 2. внематочной беременности
 3. самопроизвольного выкидыша
 4. неразвивающейся беременности
 5. всего перечисленного
91. Клинические симптомы, предшествующие перфорации пиовара, пиосальпинкса:
1. озноб
 2. появление жидкого стула
 3. появление резей при мочеиспускании
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
92. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются
1. интоксикация
 2. паралитическая непроходимость кишечника
 3. экссудация брюшины
 4. гиповолемия
 5. все перечисленные
93. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме
1. тахикардии (до 120 в минуту)
 2. выраженной одышки
 3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
 4. гипотонии
 5. олигурии
94. Диагностические критерии гинекологического перитонита
1. выявление чаш Клойбера при обзорном рентгеновском исследовании брюшной полости
 2. обнаружение свободной жидкости в брюшной полости при ультразвуковом исследовании
 3. превышение на 1-1.5°C ректальной температуры по сравнению с таковой в подмышечной области
 4. все перечисленные
 5. ничего из перечисленного

95. Росту частоты развития воспалительных тубоовариальных образований способствуют:
1. аборты, самопроизвольные выкидыши
 2. гистеросальпингография, гистероскопия
 3. использование ВМС
 4. роды
 5. со всем перечисленным
96. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки часто происходит
1. микроперфорация развитием осумкованного перитонита
 2. перфорация в смежные тазовые органы
 3. образование межкишечного абсцесса
 4. формирование свищей
 5. все перечисленное
97. Клиническими признаками абсцесса бартолиновой железы являются
1. повышение температуры тела до 39-40°C, озноб
 2. увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
 3. наличие флюктуации и болезненности при пальпации
 4. наличие образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)
 5. верно 1, 2, 3
98. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки
1. сочетание с туберкулезом маточных труб и яичников
 2. увеличение размеров матки
 3. нарушение менструальной функции
 4. ↑ t₀ тела до 39°C
 5. верно 1 и 3
99. Наиболее эффективным препаратом для лечения гарднереллеза является:
1. доксициклин
 2. метронидазол
 3. амоксиклав
 4. правильные ответы 2 и 3
 5. все ответы правильные
100. Какой симптом не характерен для восходящей гонореи:
1. высокая температура
 2. боли в животе
 3. лейкоцитоз
 4. желтуха
 5. правильно все перечисленное
101. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:
1. склонность к образованию спаек и сращений
 2. чаще отмечается ограничение процесса
 3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
 4. правильные ответы 1 и 2
 5. все ответы правильные
102. К эхографическим признакам хронического эндометрита относят все, кроме:
1. в зоне срединного М-Эха участки повышенной эхоплотности
 2. в базальном слое эндометрия обнаруживают гиперэхогенные образования в виде фиброза, склероза и кальцинатов
 3. расширения полости матки
 4. ячеистого строения миометрия, границы слизистой оболочки и мышечного слоя матки имеет неровный и извилистый характер

5. наличия негативного контура эндометрия
103. «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита является:
 1. бимануальное исследование
 2. морфологическое исследование эндометрия.
 3. определение чувствительности микрофлоры к антимикробным препаратам.
 4. УЗИ органов малого таза.
 5. ПЦР мазок
104. «Золотым стандартом» диагностики хронического сальпингоофорита является:
 1. бимануальное исследование
 2. лапароскопия
 3. гистеросальпингография
 4. УЗИ органов малого таза.
 5. гистероскопия
105. Лечение хронического эндометрита включает всё, кроме:
 1. антибактериальной терапии
 2. иммуномодуляторов
 3. нестероидных противовоспалительных средств
 4. стимуляторов эритропоэза.
 5. витаминотерапии
106. Признаки вагинальных выделений при бактериальном вагинозе
 1. хлопьевидные, творожестые
 2. желто-зелено-серый, пенистый
 3. молочно-серые, гомогенные, иногда с пузырьками газа
 4. жидкие, зеленоватые
 5. гноевидные
107. К критериям диагностики бактериального вагиноза, относятся:
 1. жалобы на обильные выделения из половых путей
 2. зуд во влагалище + повышение РН от 5,0 до 7,5
 3. обильные влагалищные выделения + ключевые клетки + повышение РН + положительные аминотест
 4. обильные влагалищные выделения + зуд влагалища
 5. ничего из перечисленного
108. В латентном состоянии вирус простого генитального герпеса локализуется :
 1. в лимфоцитах крови
 2. в отделяемых влагалища
 3. в паравертебральных сенсорных ганглиях
 4. в спинномозговой жидкости
 5. в циклическом эпителии эндоцервикса
109. Диспаурения – это:
 1. боли в середине менструального цикла
 2. боли во время менструации
 3. болезненные половые контакты
 4. боли, связанные с острым уретритом, циститом, вагинитом
 5. боли в эпигастрии
110. Эхографические признаки гематометры:
 1. увеличение размеров матки
 2. округлая форма матки и ее увеличение
 3. смещение "М-эхо"
 4. расширение полости матки с гипоехогенным иди смешанным по зхогенности содержимым
 5. определить невозможно

111. Какой эпителий поражает гонококк?
1. цилиндрический
 2. железистый
 3. многослойный плоский неороговевающий
 4. многослойный плоский ороговевающий
 5. базальный слой эндометрия
112. Обострение гонореи происходит чаще всего:
1. во время месячных
 2. после окончания месячных
 3. во время овуляции
 4. в любое время
 5. перед месячными
113. ВПГ – это:
1. самая распространенная вирусная инфекция человека, вызываемая ВПГ типа 1 и 2
 2. инфекция, вызываемая ВПГ типа 2, сопровождающаяся пожизненным носительством вируса и периодическим размножением его, приводящим к развитию клинического рецидива
 3. воспалительное заболевание, вызываемое ВПГ, характеризующееся латентным течением
 4. хроническая вирусная инфекция, вызванная ВПГ типа 1 и 2 (чаще), характеризуется 90% инфицированием в популяции, пожизненной персистенцией вируса в организме и полиморфизмом проявлений
 5. все перечисленное не верно
114. Пути передачи ВПГ типа 1 и 2:
1. только прямой контакт
 2. прямой и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный
 3. воздушно-капельный и парентеральный
 4. только прямой контакт и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный
 5. воздушно-капельный
115. Инкубационный период ВПГ типа 1 и 2 составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
 2. 2-3 месяца
 3. от нескольких месяцев до нескольких лет
 4. инкубационного периода как правило не бывает
 5. зависит от возраста и пола пациента
116. Генитальная герпесвирусная инфекция подразделяется на:
1. первичную и вторичную
 2. локализованную и генерализованную
 3. лёгкую, средней степени тяжести и тяжёлую
 4. всё перечисленное
 5. 1, 2
117. Факторы риска развития генитальной герпесвирусной инфекции:
1. многочисленные и случайные сексуальные связи, гомосексуализм
 2. наличие других ИППП, наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
 3. несистематическое использование барьерных методов контрацепции
 4. 2, 3
 5. 1, 2, 3
118. Рецидив генитальной герпесвирусной инфекции протекает:
1. аналогично первичной форме, но уже без повышения температуры тела

2. все симптомы выражены вследствие реинфекции и наличия в крови больного антител
3. в более мягкой форме, без общих симптомов и с меньшей длительностью
4. 1, 3
5. ничего из перечисленного
119. Методы лабораторной диагностики герпесвирусной инфекции:
 1. ПИФ – обнаружение антигенов вируса при обработке материала специфическими флюоресцирующими антителами
 2. молекулярно-биологические методы (ПЦР в реальном времени) – обнаружение ДНК вируса
 3. выделение вируса в культуре клеток и серологическая диагностика (ИФА)
 4. бактериологический посев из цервикального канала или уретры
 5. 1, 2, 3
120. ЦМВ – это:
 1. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является ДНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
 2. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является РНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
 3. инфекция, вызываемая возбудителем из группы бетагерпесвирусов, клетками-мишенями для которого являются моноциты, макрофаги, гранулоциты, эпителий и эндотелиальные клетки
 4. 1, 2
 5. 1, 3
121. Пути передачи ЦМВ:
 1. трансфузионный, трансплантационный
 2. воздушно-капельный, контактный (прямой и непрямой)
 3. трансплацентарный, через грудное молоко при кормлении
 4. верно все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
122. Факторы риска, способствующие развитию ЦМВ:
 1. половая неразборчивость, частые ИППП, работа с заключёнными в местах лишения свободы
 2. большое число половых партнёров, частые ИППП, работа в детских дошкольных учреждениях
 3. гомосексуализм, частые ИППП, работа в службе общественного питания
 4. период беременности и лактации, детский возраст, частые ОРВИ, прямое переливание крови, оперативные вмешательства
 5. все перечисленное неверно
123. Инкубационный период ЦМВ составляет:
 1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
 2. от 3 до 8 недель
 3. от 1 до 12 месяцев (в среднем 3 месяца)
 4. от 12 до 48 часов
 5. зависит от возраста и пола пациента
124. Классификация ЦМВ:
 1. первичное инфицирование, хроническая форма, латентная форма
 2. лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая степень
 3. реактивация латентной инфекции (персистирующая), суперинфекция (заражение инфицированного пациента другим штаммом вируса)
 4. 2, 3

5. 1, 3
125. Клинические проявления ЦМВ:
 1. субфебрильная температура, ознобы, явления ринофарингита, кашель
 2. гнойные выделения из носа, слюнотечение
 3. мышечные и головные боли, лимфаденопатия
 4. 1, 3
 5. бессимптомное течение
126. Лечение ЦМВ:
 1. противовирусная терапия: ганцикловир, валацикловир, фамцикловир, ацикловир
 2. физиотерапия (предпочтительно УФО при температуре тела не более 36,9°С)
 3. иммуномодуляторы: циклоферон, виферон; иммуноглобулин человеческий, цитотек; натриевая соль натриевой ДНК
 4. плазмаферез, эндоваскулярное лазерное облучение
 5. 1, 3, 4
127. Остроконечные кондиломы характеризуются следующим
 1. имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту
 2. локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки
 3. основание их всегда широкое, инфильтрировано
 4. консистенция кондилом хрупкая
 5. верно 1, 2
128. Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют
 1. резорцин местно
 2. хирургическое лечение - иссечение кондилом
 3. криодеструкцию
 4. амфотерицин местно
 5. верно 1, 2, 3
129. Хламидийная инфекция – это:
 1. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, приводящее к хроническим заболеваниям органов малого таза, как у женщин, так и у мужчин
 2. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, поражающее человека и животных (млекопитающих), характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
 3. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
 4. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, широко распространённое среди взрослого населения
 5. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, характеризующееся длительным бессимптомным течением, приводящее к бесплодию
130. Пути передачи хламидийной инфекции:
 1. бытовой (редко) и половой контакт
 2. восходящий и транслокационный
 3. интранатальный и вертикальный
 4. 1, 3

5. 1, 2, 3

131. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме

1. доксициклина
2. джозамицин
3. суфамеда
4. ампициллина
5. тетрациклина

132. Факторы риска хламидийной инфекции:

1. многочисленные и случайные сексуальные связи
2. наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
3. ранее перенесённые ИППП и/или несистематическое использование барьерных методов контрацепции
4. контакт с больным хламидийной инфекцией или с синдромом уретрита/цервицита
5. 1, 3, 4

133. Инкубационный период хламидийной инфекции составляет:

1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
2. 2-3 месяца
3. от 5-7 дней до 6 недель (в среднем 20-30 дней)
4. инкубационного периода как правило не бывает
5. зависит от возраста и пола пациента

134. Классификация хламидийной инфекции по течению:

1. острая (менее 2 мес), хроническая (более 2 мес), персистирующая (асимптомное течение с периодами рецидивов)
2. острая (менее 2 мес), латентный (бессимптомное течение около 2 мес), хронический (более 2 мес)
3. первичная (1-й контакт с инфекцией) и вторичная (повторный контакт через 6 мес после 1-го)
4. верно все перечисленное
5. неверно все перечисленное

135. Классификация хламидийной инфекции по топографии:

1. поражение нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит, парауретрит, бартолинит, кольпит, цервицит)

2. поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной и прямокишечной клетчатки, парапроктит
3. восходящая инфекция (поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной клетчатки, брюшины, печени)
4. поражение слизистых оболочек органов малого таза, грудной и брюшной полости
5. 1, 3

137. Клинические проявления хламидийной инфекции:

1. проявления хламидиоза неспецифичны: у женщин слизистые или слизисто-гнойные выделения из половых путей, межменструальные или посткоитальные кровянистые выделения, боли внизу живота, дизурические проявления; у мужчин преобладают симптомы уретрита
2. чаще бессимптомное течение, возможно дизурия, боли внизу живота, диспареуния

3. клиника проктита, конъюнктивита, синдром Рейтера, венерическая лимфогранулёма
 4. верно все перечисленное
 5. ничего из перечисленного неверно
138. Диагностические методы выявления хламидийной инфекции :
1. у женщин берут пробы из цервикального канала (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или влагалища (ПЦР)
 2. у мужчин пробы берут из уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) или исследуют первую порцию мочи (ПЦР)
 3. бактериологический посев из цервикального канала и/или уретры у женщин и из уретры у мужчин с последующим определением чувствительности к антибиотикам
 4. 1, 2
 5. 1, 2, 3
139. Лечение неосложнённой хламидийной инфекции нижних отделов урогенитальной системы:
1. азитромицин 1,0 внутрь 1 раз в день трижды с интервалом в 7 дней (1,7,14)
 2. доксицилин по 100 мг 2 раза/сутки в течение 7-10 дней
 3. джозамицин 1 г однократно внутрь, затем по 500 мг 2 раза/сутки в течение 10 дней
 4. сочетание азитромицина 500 мг или доксицилина 400 мг с метронидазолом 500 мг
 5. верно 1 2 3
140. Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов:
1. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции
 2. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции, а длительность курса не менее 14 дней
 3. увеличивается доза препаратов в 2 раза либо кратность приёма до 3-4 раз/сутки, в зависимости от тяжести процесса
 4. антибактериальная терапия по результатам бактериологического посева с учётом чувствительности
 5. все перечисленное верно
141. Микоплазмоз – это:
1. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 2. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *M. hominis*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 3. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *M.hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 4. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *Ureaplasma genitalium*, *M.hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 5. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *Ureaplasma hominis*, *M. urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
142. Характерные признаки микоплазменной инфекции:

1. отсутствие ригидной клеточной стенки и выраженный полиморфизм, наличие в клетках ДНК и РНК
 2. мембранный тип паразитирования, постоянно изменяющийся антигенный состав
 3. способность вызывать иммунопатологические состояния у человека
 4. способность к длительной персистенции в организме
 5. всё перечисленное
143. Пути распространения:
1. половой, алиментарный, воздушно-капельный (очень редко)
 2. половой, восходящий, бытовой, трансплацентарный, транслокационный
 3. половой, восходящий, гематогенный, трансплацентарный, транслокационный
 4. половой, воздушно-капельный (очень редко), гематогенный, трансплацентарный, транслокационный
 5. половой, трансплацентарный, транслокационный, фекально-оральный
144. Классификация микоплазменной инфекции:
1. острый, подострый, вялотекущий, хронический, носительство микоплазм
 2. острый, латентный, хронический
 3. уретрит, вагинит, цервицит, эндометрит, сальпингит
 4. 1, 2, 3
 5. 1, 3
145. Клиника микоплазменной инфекции:
1. периодический зуд и жжение в области гениталий, дизурические расстройства, бесплодие I и II, невынашивание беременности, аномалии развития плода
 2. жалоб особых нет, в анамнезе невынашивание беременности, бесплодие II
 3. боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, бесплодие I и II, невынашивание беременности
 4. все перечисленное верно
 5. все перечисленное не верно
146. Методы исследования микоплазменной инфекции:
1. культуральный метод (концентрация микоплазм более 10 в 4 степени КОЕ в 1 мл)
 2. ПЦР, ИФА
 3. реакция непрямой иммунофлюоресценции
 4. реакция пассивной гемагглютинации
 5. все перечисленное
147. Лица, подлежащие обследованию на микоплазменную инфекцию:
1. женщины, планирующие беременность (включая подготовку к ЭКО)
 2. женщины с ОАА и/или с воспалительными процессами в нижних отделах мочеполового тракта
 3. женщины, имеющие большое число половых партнёров, и/или с признаками уретрита, вагинита, цистита, эндометрита
 4. 1, 2,
 5. 1, 2, 3
148. Антибактериальная терапия не проводится при:
1. у всех пациентов при выявлении *M.genitalium*
 2. при выявлении *M.genitalium* и при наличии клинических симптомов
 3. при выделении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* у больных с нарушением фертильности, репродуктивными потерями, предгравидарной подготовкой
 4. при выявлении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* в титрах 10 в 3 степени КОЕ/мл и отсутствии клинических проявлений
 5. при выделении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* у больных с ОАА

149. Антибактериальная терапия проводится в течение 7-14 дней:
1. с учётом чувствительности к антибиотикам по результатам бак.посева из цервикального канала/уретры
 2. одним из препаратов: доксициклин, тетрациклин, азитромицин, джозамицин, кларитромицин, офлоксацин, спирамицин
 3. сочетанием доксициклина или тетрациклина с азитромицином или джозамицином
 4. сочетанием джозамицина с офлоксацином или кларитромицином
 5. метрид 100,0 в/в капельно каждые 8 часов в течение 3 суток в сочетании с антибиотиком широкого спектра действия
150. Половой путь передачи инфекции характерен в основном
1. для хламидий
 2. для вируса простого герпеса
 3. для трихомонады
 4. верно 1) и 3)
 5. верно 2) и 3)
151. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет
1. вирулентность микроба
 2. состояние защитных сил организма женщины
 3. наличие раневых входных ворот
 4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное
152. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов
1. преобладание ассоциаций микроорганизмов
 2. возрастание числа анаэробов и вирусов
 3. наличие хламидий и микоплазм
 4. верно 2) и 3)
 5. верно все перечисленное
153. В развитии гарднереллеза большое значение имеют:
1. гипоэстрогения;
 2. сдвиги pH влагалищного содержимого в щелочную сторону;
 3. гибель лактобацилл;
 4. рост анаэробов;
 5. все ответы правильные
154. Особенности взятия мазков на GN
1. мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
 2. мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
 3. за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
 4. в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться
 5. все перечисленные
155. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит
1. от возраста женщины
 2. от анатомических особенностей гениталий
 3. от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии
 4. верно 1) и 3)
 5. от всего перечисленного

156. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)
1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
 2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, аборт, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
 3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
 4. верно 2) и 3)
 5. при всем перечисленном
157. Инкубационный период при гонококковой инфекции составляет:
1. до 3 месяцев,
 2. до 1 месяца,
 3. до 1 года,
 4. до 0,5 года
 5. больше 1 года
158. Для гонококковой инфекции не типично поражение :
1. сердечно-сосудистой системы,
 2. нижних отделов мочеполовой системы,
 3. прямой кишки,
 4. глаз
 5. ничего из перечисленного
159. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно
160. предположить:
1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины;
 2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, аборт);
 3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом;
 4. все ответы правильные
 5. все перечисленное не верно
161. Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:
1. лимфогенный;
 2. гематогенный;
 3. периневральный;
 4. контактный;
 5. интраканаликулярный.
162. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают
1. свежую гонорею
 2. хроническую гонорею
 3. латентную гонорею
 4. гонококконосительство
 5. все перечисленное
163. Укажите критерии излеченности гонореи
1. отсутствие жалоб;
 2. отсутствие в мазках гонококков после окончания курса специфической терапии;
 3. отсутствие анатомических изменений в придатках матки;
 4. отсутствие в мазках гонококков, взятых в дни менструации в течение

5. менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения провокаций.
164. Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:
1. одного месяца;
 2. двух месяцев;
 3. трех месяцев;
 4. четырех месяцев;
 5. пяти месяцев.
165. Восходящая гонорея – это поражение:
1. канала шейки матки;
 2. маточных труб;
 3. парауретральных желез;
 4. уретры;
 5. всех перечисленных выше органов.
166. Для гонококков характерны следующие признаки:
1. положительная окраска по Граму;
 2. расположение внутри клетки (в цитоплазме мононуклеаров);
 3. округлая форма;
 4. тропность к многослойному плоскому эпителию;
 5. все перечисленное выше.
167. Какие поражения может вызывать диссеминированная гонококковая инфекция?
1. дерматит;
 2. лихорадку;
 3. эндокардит;
 4. септицемию;
 5. менингит.
168. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:
1. зуд наружных половых органов и промежности;
 2. диспареуния;
 3. обильные бели с неприятным запахом;
 4. дизурия;
 5. тазовая боль.
169. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:
1. обнаружение ключевых клеток;
 2. повышение рН влагалищного секрета;
 3. положительный аминотест белей;
 4. все перечисленное выше;
 5. ничего из перечисленного выше.
170. Трихомонады устойчивы к воздействию:
1. прямых солнечных лучей,
 2. антибиотиков,
 3. влаги,
 4. высокой температуры (выше 40*С)
 5. ничего из перечисленного
171. С учетом продолжительности заболевания различают следующие формы трихомониаза, кроме:
1. свежая,
 2. хроническая,

3. бессимптомное носительство,
4. подострая
5. все перечисленное верно

172. Трихомониаз не передается :

1. половым путем,
2. гематогенным,
3. бытовым путем,
4. контактным путем,
5. инфицирование детей во время родов

173. Развитию трихомониаза способствуют:

1. интенсивность инфекции,
2. время года,
3. возраст пациентки,
4. паритет беременности
5. все перечисленное верно

174. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:

1. белые, творожные;
2. серые, с аминным запахом;
3. прозрачные, слизистые;
4. желто-зеленые, пенистые;
5. серозные с прожилками крови.

175. При урогенитальном трихомонозе поражается в основном

1. влагалище
2. уретра
3. цервикальный канал
4. мочевого пузыря
5. верно 1, 2, 3

176. К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:

1. химиотерапия рака;
2. климактерический период;
3. полиартрит;
4. антибиотикотерапия;
5. пиелонефрит.

177. Принципы лечения больных с генитальным кандидозом

1. проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции
2. лечение кандидозной инфекции
3. лечение полового партнера
4. исключение половой жизни во время лечения
5. все перечисленные

178. В классификацию урогенитального кандидоза не входит форма:

1. кандидоносительство,
2. острая,
3. хроническая,
4. волнообразно-текущая
5. подострая

179. Что не является предрасполагающим фактором развития урогенитального кандидоза:

1. использование ВМС

2. нерациональное применение антибиотиков, цитостатиков
 3. гормональный дисбаланс
 4. нормальные показатели иммунитета
 5. заболевания ЖКТ
180. У 18-летней женщины при задержке менструации на 10 дней появились острые боли нижней части живота, повышение температуры до 37,4оС, лейкоцитоз 12,4 × 10⁹/л. При пальпации боли распространяются до верхней части живота справа. Дифференциальную диагностику проводят со всеми следующими заболеваниями, кроме:
1. эктопической беременности;
 2. аппендицита;
 3. острого сальпингита;
 4. кольпита;
 5. перекрута ножки опухоли яичника.
181. К факторам способствующим возникновению кандидозного вульвовагинита относятся все нижеперечисленные, кроме:
1. ожирения
 2. спринцевания содовым раствором
 3. сахарного диабета
 4. редких половых сношений
 5. частого приема антибактериальных препаратов.
182. Какое заболевание следует заподозрить, если влагалищная дрожжевая инфекция часто повторяется
1. анемию;
 2. сахарный диабет;
 3. системную красную волчанку;
 4. эндометриоз гениталий;
 5. врожденную гиперплазию надпочечников.
183. Сифилис – это хроническая венерическая болезнь, характеризующаяся поражением:
1. слизистой оболочки органов мочеполовой сферы
 2. кожи и слизистой оболочки наружных половых органов
 3. кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы
 4. кожи, слизистой оболочки ротовой полости и наружных половых органов
 5. лимфатической системы
184. Клинически различают следующие стадии течения сифилиса:
1. острый, латентный, хронический сифилис
 2. инкубационный, первичный, вторичный, третичный сифилис
 3. острый, подострый, рецидивирующий сифилис
 4. первичный, вторичный, третичный сифилис
 5. острый, хронический
185. Пути передачи сифилиса:
1. половой, бытовой, воздушно-капельный
 2. алиментарный, половой
 3. только половой, в том числе гомосексуальный
 4. половой; от матери к плоду, через плаценту; бытовой
 5. гематогенный
186. Туберкулез женских половых органов развивается чаще в результате:
1. заноса инфекций половым путём
 2. вторичного заноса инфекций гематогенным, лимфогенным путем чаще из легких, реже из кишечника
 3. поражение первично происходит внутриутробно от больной матери

4. все перечисленное верно
5. все перечисленное не верно
187. Лечение генитального туберкулёза проводят:
 1. в ГСВ по месту жительства
 2. в гинекологическом отделении род. дома по месту жительства
 3. в септической гинекологии
 4. в специализированном диспансере/санатории
 5. в общей терапии
188. Диагностика туберкулеза проводится:
 1. R-графия грудной клетки и органов малого таза
 2. анамнез, R-графия грудной клетки и органов малого таза
 3. анамнез, туберкулиновая проба, бак посев выделений из половых путей, менструальная кровь, соскобы/смывы из полости матки, лапароскопия
 4. туберкулиновая проба + ПЦР
 5. ПЦР
189. Брак считается бесплодным, если беременность не наступает при наличии регулярной половой жизни без использования средств контрацепции в течении:
 1. 6 месяцев
 2. 1 года
 3. 2х лет
 4. 2.5 лет
 5. 5 лет
190. Термин «первичное бесплодие» означает:
 1. не было ни одной беременности
 2. не было рождено живых детей
 3. все беременности прерваны по медицинским показаниям
 4. отсутствуют внутренние половые органы
 5. все перечисленное выше
191. Что не является причиной эндокринного бесплодия:
 1. СПКЯ
 2. ВГКИ
 3. аденома гипофиза
 4. гипотиреоз
 5. синдром Ашермана
192. Эндокринное бесплодие может быть обусловлено всем, кроме:
 1. адреногенитального синдрома
 2. синдрома гиперпролактинемии
 3. синдрома поликистозных яичников
 4. гипоталамо-гипофизарной дисфункции
 5. дисгерминомы
193. Показаниями для применения кломифена является все нижеперечисленное, кроме:
 1. длительность нарушения менструального цикла не более 5 лет
 2. ранее использование для стимуляции овуляции агонистов ГН-РГ
 3. достаточная эстрогенная насыщенность
 4. лабораторные параметры: ЛГ до 10 МЕ/л; ФСГ=5-7 МЕ/л; E2=150-200пмоль/л;
 5. возраст женщин до 30 лет
194. Назовите наиболее информативный тест на определение овуляции:
 1. натяжение цервикальной слизи
 2. симптом зрачка
 3. ректальная температура

4. фолликулометрия
5. тест на овуляцию по моче
195. Для диагностики ановуляции проводятся все нижеперечисленные гормональные исследования, кроме:
 1. пролактин
 2. ЛГ, ФСГ
 3. эстрадиол
 4. тестостерон, ДГЭАС
 5. СТГ
196. УЗИ критерии доминантного фолликула в преовуляторной фазе
 1. диаметром 5-6 мм
 2. диаметром 10 -15мм
 3. диаметром 18-20 мм
 4. диаметром 30 -35 мм
 5. диаметром более 35 мм
197. Что имеет основное значение при мониторинге овуляции
 1. день менструального цикла
 2. размер доминантного фолликула по УЗИ
 3. подъем ректальной температуры
 4. положительный тест на овуляцию по моче
 5. натяжение слизи до 12 см
198. Какова тактика врача акушера-гинеколога в случае неэффективности 50 мг кломифена с 5-9 день цикла в первом цикле стимуляции
 1. 50 мг кломифен с 5-9 день цикла повторно
 2. 100 мг кломифен с 5-9 день цикла
 3. стимуляция овуляции гонадотропинами (Хумегон) + ЧГХ
 4. лапароскопия
 5. ничего из перечисленного
199. Индукция овуляции кломифеном не показана во всех случаях, кроме
 1. при гипоестрогении (эстрадиол <150 пмоль/л)
 2. после индукции агонистами ГН-РГ
 3. длительном анамнезе бесплодия
 4. высокий уровень ЛГ(>15МЕ/л)
 5. активный репродуктивный возраст
200. Сколько курсов стимуляции овуляции кломифеном рекомендуется проводить подряд
 1. не более 1
 2. не более 2
 3. не более 3
 4. не более 4
 5. не более 5
201. К УЗИ признакам ановуляции относится все, кроме
 1. полного отсутствия антральных фолликулов
 2. полного отсутствия созревания антрального фолликула
 3. неполноценного созревания антрального фолликула
 4. лютеинизации неовулировавшего фолликула
 5. формирования из преовуляторного фолликула фолликулярной кисты
202. Стимуляция овуляции гонадотропинами показана во всех нижеперечисленных случаях, кроме
 1. при отсутствии эффекта от стимуляции кломифеном
 2. при недостаточной эстрогенной насыщенности
 3. в позднем репродуктивном возрасте

4. СПКЯ

5. синдром истощения яичников

203. Для синдрома Штейна – Левенталя характерно

1. нарушение менструального цикла с менархе
2. патологический рост волос на теле
3. бесплодие
4. нормальное развитие молочных желез
5. все ответы правильны

204. Наличие ановуляции устанавливают на основании:

1. монофазной базальной температуры
2. отсутствия доминантного фолликула на 12-14 день менструального цикла d18-20 мм
3. монотонно низкого уровня прогестерона на 16-22 д.м.ц
4. укорочения II фазы цикла до 6-8 дней и ступенеобразного подъема ее после овуляции
5. верно 1,2,3

205. Для лечения ановуляции применяются все нижеперечисленные лекарственные препараты, кроме:

1. достинекса
2. кломифена
3. ХГ
4. даназола
5. дексаметазона

206. Методами, позволяющими уточнить диагноз синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула, являются:

1. лапароскопия
2. ультразвуковое сканирование
3. определение уровня гонадотропных гормонов в крови
4. тесты функциональной диагностики
5. правильно 1,2

207. НЛФ – это нарушение функции яичников, характеризующееся:

1. увеличением передней доли гипофиза
2. гиперплазией коры надпочечников
3. гипофункцией желтого тела яичника
4. диффузным увеличением щитовидной железы
5. органическим нарушением гипоталамических структур

208. Причинами НЛФ является все нижеперечисленное кроме:

1. гиперандрогении яичникового и надпочечникового генеза
2. гиперпролактинемии
3. воспалительного процесса в малом тазу
4. гипотироза
5. синдрома истощения яичников

209. Что не используется в постановке диагноза НЛФ:

1. ректальная температура
2. УЗИ – фолликулометрия
3. экскреция прегнандиол с мочой
4. определение АМГ
5. биопсия эндометрия

210. Нормальная продолжительность лютеиновой фазы по данным ректальной температуры составляет:

1. 5-7 дней.
2. 11-14 дней

3. 16-18 дней
4. 20-24 дня
5. 28-30 дней
211. На какой день подъема ректальной температуры приходится пик синтеза прогестерона
 1. 1-2 день
 2. 4-5 день
 3. 7-8 день
 4. 10-11 день
 5. 14-15 день
212. Характерные признаки НЛФ по данным ректальной температуры:
 1. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,3 0С
 2. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,6 0С
 3. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,8 0С
 4. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 1,0 0С
 5. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 1,3 0С
213. Характерным для НЛФ при биопсии эндометрия является:
 1. недостаточность пролиферативной трансформации эндометрия
 2. выраженная пролиферативная трансформация эндометрия
 3. недостаточность секреторной трансформации эндометрия
 4. выраженная секреторная трансформация эндометрия
 5. атрофический эндометрий с фиброзом стромы
214. К УЗИ критериям НЛФ относится все нижеперечисленное, кроме
 1. минимального прироста толщины эндометрия
 2. повышения эхоплотности эндометрия однородной структуры с ежедневным приростом его толщины
 3. узкого однослойного эндометрия
 4. трехслойного М эхо
 5. укорочения длительности фазы секреции
215. Какими лекарственными препаратами проводится лечение НЛФ
 1. эстрофемом
 2. даназолом
 3. дидрогестероном
 4. фемостоном 1/10
 5. яриной
216. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные препараты, кроме:
 1. кломифена
 2. пурегона
 3. премарина
 4. профази
 5. клостилбегита
217. При выявлении синдрома гиперстимуляции яичников необходимо:
 1. прекратить применение препарата, стимулирующего овуляцию
 2. обеспечить физический и психо-эмоциональный покой
 3. заменить другим препаратом, стимулирующим овуляцию
 4. срочное чревосечение, резекция измененного яичника
 5. правильно 1.3

218. К факторам риска развития синдрома гиперстимуляции яичников до начала стимуляции овуляции относится все нижеперечисленное, кроме:
1. молодого возраста в сочетании с низким индексом массы тела ($\square 25$)
 2. СПКЯ
 3. большого объема яичника
 4. низких доз гонадотропинов
 5. наличия СГЯ в анамнезе
219. К легкой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. отсутствия клинических симптомов
 2. определения уровня E2 в плазме крови более 150 мкг.
 3. определения уровня прегнадиола в моче более 10 мг.
 4. асцита
 5. увеличения размеров яичников более 5 см в диаметре
220. К средней степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. боли в низу живота
 2. тошнота, рвота, понос
 3. олигоурия
 4. асцит
 5. увеличение размеров яичников более 5 см в диаметре
221. К тяжелой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. асцита, гидроторекса
 2. гематокрита $> 45\%$
 3. гиперпротеинемии
 4. яичников более 12 см в диаметре
 5. олигоанурии
222. Что является триггером индуцируемой овуляции при синдроме гиперстимуляции яичников?
1. кломифен
 2. дексаметазон
 3. ХГЧ
 4. дюфастон
 5. менотропин
223. К мерам профилактики синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. прекращения стимуляции при выраженной тенденции к СГЯ
 2. снижения дозы гонадотропинов
 3. введения овуляторной дозы ХГЧ
 4. аспирации всех фолликулов при пункции
 5. отмены переноса эмбриона в полость матки в очередном менструальном цикле.
224. К клиническим проявлениям синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное кроме,
1. желтушности кожных покровов
 2. тахикардии, тахипное
 3. положительных симптомов раздражения брюшины
 4. отеков конечностей и брюшной стенки
 5. олигоурии, анурии
225. К УЗИ характеристикам синдрома гиперстимуляции яичников относится все, кроме

1. увеличения яичников от 5 до 25 см в диаметре с множеством кист
 2. матки нормальных размеров или увеличена
 3. наличия свободной жидкости в малом тазу
 4. прогрессирующей беременности
 5. появления двухсторонних гидросальпинксов
226. При синдроме гиперстимуляции яичников характерны все нижеперечисленные лабораторные данные, кроме
1. гемоконцентрация, лейкоцитоз, тромбоцитоз
 2. гипопроteinемия
 3. повышение концентрации фибриногена
 4. гематурия
 5. высокий уровень С реактивного белка
227. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику синдрома гиперстимуляции яичников
1. СПКЯ
 2. рак яичников
 3. эктопическая беременность
 4. фолликулярная киста яичников
 5. ничего из перечисленного
228. Первостепенной задачей медикаментозного лечения синдрома гиперстимуляции яичников является:
1. антибиотикотерапия
 2. гематрансфузия
 3. возмещение ОЦК
 4. назначение диуретиков
 5. эвакуация свободной жидкости из плевральной, брюшной и полости малого таза
229. Какой из препаратов является основой инфузионной терапии синдрома гиперстимуляции яичников
1. гемодез
 2. диссоль
 3. глюкоза
 4. гидроксипропилькрахмал
 5. физиологический раствор
230. К маточным формам бесплодия относится все нижеперечисленное, кроме:
1. гиперпластических процессов эндометрия
 2. миомы матки
 3. аденомиоза
 4. синдрома Ашермана
 5. дисгенезии гонад
231. К гормональным изменениям при бесплодии, обусловленном генитальным эндометриозом относится все, кроме:
1. высокой концентрации эстрадиола
 2. уменьшения продукции ФСГ
 3. недостаточного подъема ЛГ
 4. гиперпролактенемии
 5. увеличения концентрации тестостерона
232. Причинами бесплодия при эндометриозе маточных труб является все нижеперечисленное, кроме:
1. прорастаний гетеротопий в просвет маточных труб
 2. диффузного утолщения стенок маточных труб
 3. сужения просвета маточных труб

4. деструкции ампулярного отдела маточных труб
 5. наличия перивариальных спаек
233. Какой метод диагностики бесплодия обусловленного генитальным эндометриозом является наиболее достоверным?
1. ТФД
 2. ГСГ
 3. УЗИ
 4. лапароскопия
 5. увеличение эстрадиола крови
234. Какова тактика ведения женщины с бесплодием обусловленным наружным эндометриозом I-II степени:
1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
235. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом III степени:
1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
236. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом IV степени:
1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
237. В лечении бесплодия обусловленного наружным эндометриозом применяют все препараты, кроме:
1. эстрогены
 2. агонисты ГН-РГ
 3. КОК
 4. гестагены
 5. даназол
238. Бесплодие при синехиях полости матки обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
1. облитерации устья маточных труб
 2. уменьшения площади функционального эндометрия
 3. гипоэстрогении
 4. создания механических препятствий для имплантации плодного яйца
 5. отсутствия васкуляризации участков слизистой полости матки
239. Бесплодие при миоме матки обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
1. отсутствия полноценной секреторной трансформации эндометрия
 2. наличия механического препятствия для nidации плодного яйца
 3. гипопрогестеронемии
 4. гиперпролактинемии
 5. ничего из вышеперечисленного

240. Бесплодие при гиперплазии эндометрия обусловлено
1. недостаточной пролиферативной трансформацией эндометрия
 2. недостаточной секреторной трансформацией эндометрия
 3. атрофическими изменениями эндометрия
 4. нарушением васкуляризации эндометрия
 6. лейкоцитарной инфильтрацией эндометрия
241. Причинами синдрома Ашермана являются:
1. повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки
 2. послеродовые и послеабортные осложнения
 3. воздействие химических прижигающих веществ
 4. эндометрит
 5. верно все перечисленное
242. Методами позволяющими уточнить диагноз иммунологического бесплодия, являются:
1. определение антиспермальных антител в крови и в шейной слизи
 2. посткоитальный тест (проба Шуварского)
 3. проба Курцрока - Миллера
 4. определение количества лейкоцитов в шейной слизи
 5. правильно 1.2.3
243. Нарушение проходимости маточных труб может быть следствием:
1. генитального хламидиоза
 2. наружного генитального эндометриоза
 3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
 4. гонорейного сальпингита
 5. всего перечисленного выше
244. Наиболее частыми причинами ТПФБ являются:
1. неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки
 2. специфические воспалительные заболевания придатков матки
 3. эндометриоз маточных труб
 4. пороки развития маточных труб
 5. правильно 1.2.3
245. К причинам формирования ТПФБ относится все, кроме:
1. воспалительных заболеваний органов малого таза
 2. внутриматочных манипуляций
 3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
 4. метаболического синдрома
 5. эндометриоза маточных труб и др. формы наружного эндометриоза.
246. К нарушению функции маточных труб приводит все нижеперечисленное, кроме
1. нарушения синтеза половых стероидов
 2. хронического психологического стресса по поводу бесплодия
 3. увеличения метаболитов простаглицлина и тромбосана в маточной трубе
 4. эндометриоза маточных труб
 5. варикозного расширения маточных сосудов
247. Факторами, обуславливающими ТПФБ при хроническом сальпингоофорите являются:
1. полная облитерация просвета маточных труб
 2. повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы
 3. развитие перитубарных спаек
 4. локальная гипертермия

5. правильно 1.2.3.
248. К профилактике ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме
1. своевременное лечение ИППП
 2. рациональное ведение родов и послеродового периода
 3. ранняя реабилитация после гинекологических операций
 4. своевременное проведение гидротубаций
 5. своевременная диагностика и лечение аппендицита
249. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике ТПФБ:
1. пертубация
 2. гистеросальпингография
 3. эхогистероскопия
 4. лапароскопия с хромотубацией
 5. биконтрастная гистерография
250. К основным видам эндоскопических операций при ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме
1. адгезиолизиса
 2. сальпинголизиса
 3. сальпингостомии
 4. фимбриопластики
 5. гистероскопии
251. Показаниями к искусственной инсеминации спермой донора являются:
1. азо спермия
 2. олиго и олигоастеноспермия
 3. несовместимость супругов по резус-фактору
 4. заболевания мужа, передающиеся потомству
 5. все перечисленное выше
252. Для лечения ТПФБ применяют все перечисленные ниже методы, кроме:
1. лечебной гидротубации
 2. реконструктивно-пластической операции на маточных трубах
 3. лечебно-диагностической лапароскопии
 4. ЭКО
 5. верно все перечисленное
253. Относительными противопоказаниями к хирургическому лечению ТПФБ с целью восстановления естественной фертильности являются все, кроме:
1. возраст женщины старше 35 лет и длительность бесплодия свыше 10 лет;
 2. острые и подострые воспалительные заболевания;
 3. эндометриоз III–IV степени по классификации AFS;
 4. перенесённые ранее реконструктивнопластические операции на маточных трубах;
 5. туберкулёз внутренних половых органов.
254. Противопоказания к проведению лапароскопии при ТПФБ является все, кроме
1. острых воспалительных заболеваний
 2. эндометриоза III – IV стадии
 3. спаечного процесса в малом тазу III – IV стадии
 4. перенесённых ранее реконструктивно- пластические операции на маточных трубах
 5. параовариальной кисты
255. Тактика ведения врача акушера гинеколога при диагностике сактосальпинкса диаметром 4-5 см при лапароскопии
1. сальпинголизис

2. сальпингостомия
 3. сальпингостомия с фимбриопластикой
 4. тубэктомия
 5. консервативное лечение
256. Тактика ведения врача акушера гинеколога при отсутствии беременности в течение 2 лет после двухсторонней сальпингостомии
1. противовоспалительное лечение
 2. стимуляция овуляции
 3. повторная лапароскопия
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
257. Тактика ведения врач акушера гинеколога при непроходимости маточных труб в истмическом и интерстициальном отделах маточных труб
1. противовоспалительное лечение
 2. гидротубация
 3. гистероскопия
 4. лапароскопия
 5. ЭКО

Блок В

В.0 Варианты заданий на выполнение РГЗ, РПР приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

В.1 Типовые задачи:

В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней - головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи - большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование:

тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см.

Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

- 1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
- 2) Определите период родов.
- 3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
- 4) Причина, спровоцировавшая судороги?
- 5) Какова тактика врача?

ОТВЕТЫ:

- 1) Эклампсия.
- 2) II период родов.
- 3) О физиологическом течении I периода родов.
- 4) Влагалищное исследование без ингаляционного наркоза.
- 5) Кесарево сечение.

Блок С

С.0 Варианты заданий на выполнение курсовых проектов/работ приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

С.2 Индивидуальные творческие задания

1. Уровни регуляции менструальной и репродуктивной функции.
2. Влияние женских половых гормонов на развитие плода и здоровье ребенка.
3. Многоплодная беременность.
4. Изменения в системах и органах при беременности.
5. Гипертензивные нарушения во время беременности. Их влияние на систему «Мать – плацента – плод»
6. Доминанта беременности. Доминанта родов. Механизмы развязывания родовых сил.
7. Аномалии родовой деятельности.
8. Причины акушерских кровотечений во время беременности, родов и послеродовом периоде.
9. Невынашивание беременности.
10. Перенашивание беременности.
11. Фармакодинамика лекарственных средств в организме беременной женщины и плода. Переход лекарственных веществ через плацентарный барьер.

Блок D

• Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
4. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
5. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
6. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
7. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
8. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
9. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
10. Заболевания органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
11. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
12. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо-дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
13. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.

14. Физиология репродуктивной системы. Уровни регуляции. Фолликулогенез в яичниках. Процесс овуляции. Биосинтез стероидов в яичниках. Органы и ткани – мишени половых стероидов.
15. Критерии нормального менструального цикла. Методы определения содержания гормонов яичника, гонадотропных гормонов. Эндокринология беременности. Нормы содержания гормонов в плазме крови. Тесты функциональной диагностики.
16. Предменструальный синдром. Патогенетические концепции. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Предменструальный синдром в перименопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.
17. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, этиологическая структура возбудителей, факторы инфицирования и пути распространения инфекции, патогенез, клинические формы. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.
18. Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, пути инфицирования (трансмиссивные), проблемы, особые патогенные свойства возбудителей, особенности течения и клинических проявлений инфекции, диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.
19. Герпес- вирусная инфекция (ВПГ-1,2; ЦМВ) и беременность – факторы и степень риска инфицирования плода, пути заражения, характер инфекционных поражений, терапевтическая тактика при выявлении вирусных инфекций у женщин во время беременности.
20. Фоновые процессы шейки матки –определение, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
21. Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки– определение, патогенез, факторы риска, морфология, классификация дисплазии (ВОЗ 1982). Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
22. Рак шейки матки – эпидемиология, фоновые процессы, варианты роста и метастазирования, клинические проявления и визуальные признаки, методы диагностики, классификация. Лечение, рекомендуемый объем операции. Прогноз.
23. Острый живот в гинекологии. Симптомокомплекс. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Объем оперативных вмешательств. Профилактика.

• **Задачи/задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ**

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
4. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими

- гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
5. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
 6. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
 7. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
 8. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
 9. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
 10. Заболевания органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
 11. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
 12. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо-дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
 13. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
 14. Физиология репродуктивной системы. Уровни регуляции. Фолликулогенез в яичниках. Процесс овуляции. Биосинтез стероидов в яичниках. Органы и ткани – мишени половых стероидов.
 15. Критерии нормального менструального цикла. Методы определения содержания гормонов яичника, гонадотропных гормонов. Эндокринология беременности. Нормы содержания гормонов в плазме крови. Тесты функциональной диагностики.
 16. Предменструальный синдром. Патогенетические концепции. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Предменструальный синдром в перименопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.
 17. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, этиологическая структура возбудителей, факторы инфицирования и пути распространения инфекции, патогенез, клинические формы. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.
 18. Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, пути инфицирования (трансмиссивные), проблемы, особые патогенные свойства возбудителей, особенности течения и клинических проявлений инфекции, диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.
 19. Герпес-вирусная инфекция (ВПГ-1,2; ЦМВ) и беременность – факторы и степень риска инфицирования плода, пути заражения, характер инфекционных поражений, терапевтическая тактика при выявлении вирусных инфекций у женщин во время беременности.
 20. Фоновые процессы шейки матки –определение, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

21. Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки – определение, патогенез, факторы риска, морфология, классификация дисплазии (ВОЗ 1982). Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
22. Рак шейки матки – эпидемиология, фоновые процессы, варианты роста и метастазирования, клинические проявления и визуальные признаки, методы диагностики, классификация. Лечение, рекомендуемый объем операции. Прогноз.
23. Острый живот в гинекологии. Симптомокомплекс. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Объем оперативных вмешательств. Профилактика.

• **Задачи/задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ**

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, доплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
4. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
5. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
6. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
7. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
8. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
9. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
10. Заболевания органов мочевого выделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
11. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
12. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо-дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
13. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
14. Физиология репродуктивной системы. Уровни регуляции. Фолликулогенез в яичниках. Процесс овуляции. Биосинтез стероидов в яичниках. Органы и ткани – мишени половых стероидов.

15. Критерии нормального менструального цикла. Методы определения содержания гормонов яичника, гонадотропных гормонов. Эндокринология беременности. Нормы содержания гормонов в плазме крови. Тесты функциональной диагностики.
16. Предменструальный синдром. Патогенетические концепции. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Предменструальный синдром в перименопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.
17. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, этиологическая структура возбудителей, факторы инфицирования и пути распространения инфекции, патогенез, клинические формы. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.
18. Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, пути инфицирования (трансмиссивные), проблемы, особые патогенные свойства возбудителей, особенности течения и клинических проявлений инфекции, диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.
19. Герпес- вирусная инфекция (ВПГ-1,2; ЦМВ) и беременность – факторы и степень риска инфицирования плода, пути заражения, характер инфекционных поражений, терапевтическая тактика при выявлении вирусных инфекций у женщин во время беременности.
20. Фоновые процессы шейки матки –определение, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
21. Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки– определение, патогенез, факторы риска, морфология, классификация дисплазии (ВОЗ 1982). Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.
22. Рак шейки матки – эпидемиология, фоновые процессы, варианты роста и метастазирования, клинические проявления и визуальные признаки, методы диагностики, классификация. Лечение, рекомендуемый объем операции. Прогноз.
23. Острый живот в гинекологии. Симптомкомплекс. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Объем оперативных вмешательств. Профилактика.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Проведение практических занятий, контроль СРС, проверка конспектов лекций, рефератов, истории болезни – в традиционном режиме.

Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным заболеваниям. Широко используется курация больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с роженицами.

Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров. Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным.

Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности:

- определение;

- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, в том числе генетических факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;
- диспансеризация, реабилитация;
- профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
 - 1) перекличка;
 - 2) задание на дом следующей темы;
 - 3) мотивация темы данного практического занятия;
 - 4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
 - 1) теоретический опрос по текущей теме;
 - 2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
 - 3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
 - 4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
- 5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
 - а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;

б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Рекомендации по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента:

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется следующая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых

тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий:

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска.

Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТКИ.

1. Теоретическая подготовка к курации пациентки (ознакомление с тематикой больного).

2. Распределение пациенток среди студентов.

3. Установление доверительного контакта с пациенткой.

5. Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни пациентки.

6. Осмотр и обследование по системам внутренних органов.

7. Осмотр и описание клинического статуса.

8. Постановка предварительного диагноза.

9. Сбор лабораторных данных исследования.
10. Проведение дифференциального диагноза.
11. Постановка клинического диагноза.
12. Определение тактики предполагаемого ведения пациентки.
13. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного.
14. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
15. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:

1. Общие сведения о пациентке;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Травматологический (ортопедический) статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление - доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта.

Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации - вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в

электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;

- использовать технические средства;

- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;

- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;

- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение – это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ТЕСТА:

Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют:

1. глюкозу (5-10%) раствор с инсулином
2. токолитики
3. спазмолитики
4. седативные препараты
5. все перечисленное.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ПО АКУШЕРСТВУ. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

УСЛОВИЕ: В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней - головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи - большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

- 1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
- 2) Определите период родов.
- 3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
- 4) Причина, спровоцировавшая судороги?
- 5) Какова тактика врача?

ОТВЕТЫ:

- 1) Эклампсия.
- 2) II период родов.
- 3) О физиологическом течении I периода родов.
- 4) Влагалищное исследование без ингаляционного наркоза.
- 5) Кесарево сечение.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием и обязательным устным собеседованием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в

ходе практических занятий во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и модулей.

В конце цикла предусматривается проведение тестового контроля по всем пройденным темам в сочетании с устным собеседованием. Итоговый контроль включает в себя:

- собеседование по теоретическим вопросам;
- контроль практических умений и навыков;
- решение ситуационных задач.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на дифференцированный зачет или экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и выполнить ситуационные задания.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

Вопросы по акушерству включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников.