

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2025 17:07:08
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa679172803da5b7b391a39e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «04» февраля 2025 г. №6
Зав. кафедрой 
/Мисюкевич А.О./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Гинекология

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Москва
2025

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	9
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	53

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза;	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые Компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный гинекологический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает общехирургический и специальный гинекологический инструментарий. Умеет выполнять	Устный опрос, доклад, ситуационная задача, практическая	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания

			базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеет навыками использования хирургического инструментария.	я подготовка	доклада Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме женщины Умеет определять патологические процессы в организме женщины	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме женщины Умеет определять патологические процессы в организме женщины Владеет навыками сбора анамнеза и обследования женщины	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата

			оперативных вмешательств.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеет техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач Шкала оценивания реферата Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки
ДПК-3	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями. Умеет на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.	Устный опрос, ситуационная задача, доклад, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания решения ситуационных задач

			Умеет на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию. Владеет практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.		Шкала оценивания доклада Шкала оценивания практической подготовки
--	--	--	---	--	---

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	20
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	15
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	5
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценки написания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	10
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	5
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы;	2

содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания доклада

Критерии оценивания	Баллы
Качество доклада: - производит выдающееся впечатление, сопровождается иллюстративным материалом; - четко выстроен; Использование демонстрационного материала: - автор представил демонстрационный материал и прекрасно в нем ориентировался Качество ответов на вопросы: - отвечает на вопросы; Владение научным и специальным аппаратом: - показано владение специальным аппаратом; Четкость выводов: - полностью характеризуют работу;	20
Качество доклада: - рассказывается, но не объясняется суть работы; Качество ответов на вопросы: - не может ответить на большинство вопросов; Владение научным и специальным аппаратом: - использованы общенаучные и специальные термины; Четкость выводов: - нечетки; Использование демонстрационного материала: - использовался в докладе, хорошо оформлен, но есть неточности	10
Качество доклада: - зачитывается. Качество ответов на вопросы: - не может четко ответить на вопросы. Владение научным и специальным аппаратом: - показано владение базовым аппаратом. Четкость выводов: - имеются, но не доказаны. Использование демонстрационного материала: - представленный демонстрационный материал не использовался докладчиком или был оформлен плохо, неграмотно.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	10
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	5
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

3. Контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Текущий контроль

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Знать: общехирургический и специальный гинекологический инструментарий.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Назовите инструменты, используемые при гинекологическом осмотре.
2. Назовите инструменты, применяемые для забора материала на бактериоскопию (степень чистоты) и кольпоцитологию.
3. Для чего используется шпатель Эйра?
4. Область применения цитощетки CYTOBRUSH

5. Назовите инструменты, применяемые для диагностического выскабливания.
6. Назовите инструменты, применяемые для биопсии.
7. Назовите инструменты, применяемые для пункции заднего свода
8. Назовите инструменты, применяемые при «малых» гинекологических операциях.
9. Назовите инструменты, применяемые при «больших» гинекологических операциях.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на пороговом уровне.

Перечень тем для рефератов:

- 1) Методы обследования в гинекологии.
- 2) Техника выполнения биопсии шейки матки и эндометрия.
- 3) Техника выполнения раздельного диагностического выскабливания матки и цервикального канала.
- 4) Техника выполнения пункции брюшной полости через задний свод влагалища.
- 5) Техника зондирования полости матки
- 7) Техника взятия аспирата из полости матки.
- 8) Техника удаления полипа слизистой цервикального канала.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на продвинутом уровне.

Перечень тем для докладов:

- 1) Осмотр гинекологических больных. Инструменты, используемые при осмотре гинекологических больных.
- 2) Техника удаления кист наружных половых органов.
- 3) Техника проведения ножевой биопсии шейки матки.
- 4) Техника проведения диатермокоагуляции (криодеструкции) шейки матки.
- 5) Техника проведения конизации шейки матки.
- 6) Техника тубэктомии.
- 7) Техника проведения стерилизации на трубах
- 8) Техника удаления яичника.
- 9) Техника резекции яичника.
- 10) Техника удаления тубовариального образования.
- 11) Техника надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки.

Владеть навыками использования хирургического инструментария

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4 на продвинутом уровне

Перечень ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

Диагноз? Тактика обследования?

Ситуационная задача № 2

Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 x 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

Диагноз? Тактика обследования?

Ситуационная задача № 3

Пациентка 23 лет жалуется на схваткообразные боли в правой подвздошной области, незначительные кровяные выделения из влагалища. Последняя нормальная менструация – 6 недель назад. Из анамнеза: в детстве больная перенесла аппендэктомию, осложненную перитонитом. При осмотре в зеркалах выявлено: шейка матки цилиндрической формы, цианотична, наружный зев закрыт, из цервикального канала – темная кровь. При двуручном исследовании: тело матки больше нормы, справа определяется образование тестоватой консистенции, 4 x 5 см, болезненное при пальпации. Область левых придатков без особенностей.

Предполагаемый диагноз и план обследования?

Ситуационная задача № 4

Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 8 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с

участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? План ведения?

Ситуационная задача № 5

Пациентка 18 лет обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на выделения из половых путей, чувство жжения, зуд, отек и боль в области наружных половых органов. Считает себя больной в течение 7 дней после случайного полового контакта. Лечение не проводила.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре наружных половых органов отмечается отек и резкая гиперемия наружных половых органов, пенистые, зеленоватого цвета выделения с запахом из половой щели.

Вопрос:

1) Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 6

Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 7

Пациентка 37 лет отмечает изменение характера менструального цикла в течение последних 6 месяцев: менструации стали более обильными, болезненными. При двуручном исследовании патологии не выявлено. При ультразвуковом сканировании: тело матки 51 x 31 x 24 мм, миометрий однородного строения. М-эхо толщиной 18 мм, в верхней трети полости матки определяется гиперэхогенное образование 5 x 4 мм.

Диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 8

У больной 24 лет на профилактическом гинекологическом осмотре вокруг наружного зева шейки матки выявлен участок ярко-красного цвета 0,5 x 0,7 мм с четкими контурами, который не кровоточит при контакте. При двуручном исследовании патологии не выявлено.

Предполагаемый диагноз? План обследования и лечения данной пациентки.

Ситуационная задача № 9

Больная 28 лет поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки, предобморочное состояние, головокружение, слабость. Кожные покровы бледные, АД 90/65 мм.рт.ст. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, вздут, болезненный в нижних отделах, особенно в левой подвздошной области. При перкуссии наблюдается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. Последняя нормальная менструация 3 недели назад. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад у больной выявлена киста желтого тела левого яичника, по поводу которой она наблюдается у гинеколога.
Диагноз? Тактика ведения?

Ситуационная задача № 10

Пациентка 48 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из половых путей. В течение 5 лет наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки. Последняя менструация началась 7 дней назад. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется округлое образование 1,5 x 2 см с гладкой поверхностью, багрово-цианотичной окраски на тонкой ножке. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, резко болезненное, плотное, с бугристой поверхностью.

Диагноз и план ведения?

Ситуационная задача № 11

У больной 65 лет при профилактическом ультразвуковом исследовании выявлено: тело матки 41 x 25 x 18 мм, с четкими ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры. М-эхо 9 мм, неоднородного строения. Граница между М-эхо и миометрием ровная, тонкая на всем протяжении. Пациентка жалоб не предъявляет. Постменопауза 15 лет.
Диагноз? Тактика ведения.

Ключи правильных ответов

Задача № 1

Ответ:

1. Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.

2. Анализ на ХГЧ, УЗИ.

Лапароскопия, пункция заднего свода влагалища (проверить, есть ли кровь)

Задача № 2

Ответ:

Рак шейки матки, II стадия.

Колькоскопия+ биопсия.

Задача № 3

Ответ:

Необходимо провести дифференциальный диагноз между трубной беременностью и абортом в ходу.

УЗИ, пункция заднего свода влагалища.

Задача № 4

Ответ:

Аборт в ходу.

Раздельное диагностическое выскабливание.

Задача № 5

Ответ:

1. Осмотр в зеркалах и мазок из влагалища на флору.

Задача №6

Ответ:

1. Множественная субмукозная миома матки, метроррагия.

2. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Задача №7

1. Полип эндометрия

2. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Задача №8

1. Эрозия шейки матки.

2. Кольпоскопия, биопсия

Задача №9

1. Разрыв кисты желтого тела

2. Лапароскопия

Задача №10

1. Рождающийся субмукозный узел.

2. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Задача №11

1. Гиперплазия эндометрия.

2. Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание.

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Владение навыками инструментального обследования гинекологических больных.

2. Знание медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи гинекологическим больным.
3. Владение навыками сбора гинекологического анамнеза.
4. Владение навыками взятия мазков на флору.

ОПК-5. *Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач*

Знать: основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме женщины.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Определение показаний к госпитализации
2. Оценка тяжести состояния больной
3. Выработка плана ведения больной
4. Нарушения эндокринной и менструальной функций
5. Особенности микрофлоры половых путей.
6. Факторы риска развития воспалительных и гнойных заболеваний.
7. Оппортунистические инфекции.
8. Патогенетические механизмы инфицирования, пути распространения инфекции
9. Современные представления об этиологии и патогенезе эндометриоза.
10. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки.
11. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований.

Уметь: определять патологические процессы в организме женщины.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на пороговом уровне.

Перечень тем для рефератов:

1. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов (неспецифические вагиниты, бактериальные вагинозы, кандидоз, трихомониаз).
2. Вирусные заболевания половых органов.
3. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза.
4. Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП).
5. Специфические заболевания внутренних половых органов (генитальный туберкулез, гонорея, сифилис, ВИЧ инфекция).
6. Септические заболевания в гинекологии. Инфицированный аборт. Септический шок.
7. Эндокринное бесплодие.
8. Трубный фактор в бесплодии.
9. Маточный фактор в бесплодии.

10. Синдром поликистозных яичников.
11. Аденогенитальный синдром.
12. Предменструальный синдром.
13. Климактерический синдром.
14. Посткастрационный синдром.
15. Гиперпролактинемия.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Опухоли яичников. Классификация (МКБ-Х).
2. Опухолевидные образования: фолликулярные кисты, киста желтого тела, эндометриозидные, простые, воспалительные, параовариальные.
3. Лечение опухолей яичника (оперативное), опухолевидных образований и кист (оперативное, консервативное).
4. Миома матки. Морфогенез. Классификация. Клиника. Диагностика (УЗИ, гистероскопия).
5. Тактика лечения миомы матки в возрастном аспекте (репродуктивный, пременопаузальный, постменопаузальный период). Показания к хирургическим методам лечения.
6. Сочетание миомы матки с эндометриозом.
7. Рак шейки матки
Ранняя диагностика (клиника, методы диагностики). Роль вирусов (ВПЧ, ВПГ-2, ЦМВ) и других факторов риска.
8. Рак тела матки. Факторы риска. Международная гистологическая классификация (ВОЗ). Клиника, диагностика.
9. Злокачественные опухоли яичников. Факторы риска. Методы диагностики.
10. Рак молочной железы. Онкологическая настороженность врача акушера-гинеколога.

Владеть навыками сбора анамнеза и обследования гинекологических больных.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5 на *продвинутом уровне*.

Ситуационная задача № 1

Ситуационная задача № 10

Больная В., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на повышение температуры до 38,4°, плохое самочувствие, боли внизу живота и поясничной области.

Половая жизнь с 22 лет, брак первый. Мужу 30 лет, здоров. Было 3 беременности: 1-я-закончилась искусственным абортом по желанию женщины, 2-я - родами в срок без осложнений, 3-я - самопроизвольным

абортом при сроке беременности 10 нед. В послеабортном периоде было сильное кровотечение, дважды производилось выскабливание матки.

История данного заболевания. Считает себя больной после самопроизвольного аборта и выскабливания полости матки. Через 2 мес. после выписки из стационара у больной под влиянием переохлаждения произошло обострение воспалительного процесса придатков матки, сопровождавшееся нарушением менструальной функции. Была госпитализирована в стационар, где ей проводили противовоспалительное лечение антибиотиками, препаратами кальция и др. После стихания воспалительного процесса менструальный цикл нормализовался самостоятельно. В течение последующих двух лет чувствовала себя удовлетворительно. Неделю назад больная заболела гриппом с высокой температурой (до 38,6°), после чего возникли сильные боли внизу живота, иррадиирующие в ногу. Отметила появление рези при мочеиспускании, в связи с чем больная обратилась к врачу.

Влагалищное исследование. Шейка матки цилиндрической формы, при осмотре с помощью зеркал имеется небольшая эрозия на задней губе. Из зева темно кровянистые выделения в небольшом количестве (менструация?). Матка не увеличена, обычной формы и консистенции, в правильном положении, подвижна, чувствительна при пальпации.

С обеих сторон пальпируются болезненные, увеличенные в размерах придатки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. Какова возможная причина возникновения заболевания?
3. Как следует поступить с больной?
4. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?
5. Каковы методы обследования в стационаре и принципы лечения данного заболевания?

Ситуационная задача № 2

Больная У., 22 лет, была доставлена в стационар в связи с резкими болями внизу живота, ознобом, высокой температурой (38,8°).

Последняя менструация в срок. Половая жизнь с 18 лет, брак первый. От беременности не предохраняется. Было 2 беременности, из них 1 - закончилась срочными родами, 1 - искусственным абортом. В послеабортном периоде возникло двустороннее воспаление придатков матки с частыми обострениями.

Заболела остро, когда на фоне заканчивающейся менструации внезапно появились боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в правую ногу, был озноб, временами беспокоила тошнота, дважды была рвота. Температура тела повысилась до 38,2°, в связи с чем больная доставлена в больницу машиной "скорой помощи".

Пульс 110 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 125/80 мм рт. ст. Живот округлой формы, принимает участие в акте дыхания. При пальпации отмечается выраженная болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Симптом Щеткина в нижних отделах положителен. Имеется небольшая ригидность мышц передней брюшной стенки в области наиболее выраженной болезненности.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей, рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована, имеется эктропион. Из наружного зева выделяется темная кровь в небольшом количестве. Матка в правильном положении, несколько отклонена влево, ограниченно подвижна, обычной консистенции, не увеличена.

Справа и кзади от нее пальпируется образование, исходящее из придатков, плотноэластичной консистенции, размерами 9,0х6,0см. Левые придатки матки также увеличены, мягковатой консистенции. Задний свод влагалища не выбухает.

При пункции заднего свода влагалища получено 5мл серозно-гнойного экссудата.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 3

Больная В., 25 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с болями внизу живота и длительными мажущими темнокровянистыми выделениями из половых путей.

Последние менструации были 8 нед назад. Половая жизнь с 19 лет, брак первый. Было 2 беременности: 1-я закончилась родами в срок без осложнений, 2-я (2 года назад) - искусственным абортом. В послеабортном периоде возникло воспаление придатков матки (двустороннее), которое часто обострялось, в основном, под влиянием переохлаждения или простудных заболеваний. Бели не беспокоят, функции мочевого пузыря и прямой кишки не нарушены.

История данного заболевания. Считает себя больной в течение последних 2 мес. Была задержка менструаций на несколько недель, женщина считала себя беременной, беременность хотела сохранить, к врачу не обращалась. Две недели назад появились схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Обратилась к врачу женской консультации, который поставил диагноз угрожающий аборт. От госпитализации больная отказалась. Вскоре к болям присоединились темнокровянистые выделения из влагалища. При повторном осмотре гинекологом было установлено, что матка отстает в

своем развитии (на 2 нед меньше предполагаемого срока беременности). Отмечалось двустороннее увеличение придатков матки, больше слева. Больная была госпитализирована.

Температура тела 36,9°. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот принимает участие в акте дыхания, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальных симптомов не отмечается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Наружный зев закрыт. Из него выделяется темная кровь в скудном количестве. Матка увеличена до 5-6 нед. беременности, размягчена, в правильном положении, безболезненна при пальпации.

Правые придатки без особенностей, левые - сливаются с инфильтратом плотноватой консистенции, размером 10x12 см. Инфильтрат неправильной овальной формы, болезнен при пальпации, располагается в позадиматочном пространстве, его нижний полюс выпячивает задний свод влагалища. Пальпация заднего свода болезненна.

При пункции заднего свода влагалища получена темная кровь с мелкими сгустками.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?
3. Каковы методы обследования в стационаре и принципы лечения данного заболевания?

Ситуационная задача № 4

Больная В., 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие вниз по внутренней поверхности бедер.

Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Было 3 беременности. Первые две беременности закончились срочными родами без осложнений.

По желанию женщины 3-я беременность была прервана. Аборт осложнился кровотечением.

История данного заболевания. У женщины на фоне полного здоровья появились сильные боли внизу живота и в поясничной области. Боли носили схваткообразный характер, иррадиировали вниз и не прекращались после приема анальгина. Отмечалось чувство давления на "низ". С этими явлениями больная обратилась за медицинской помощью.

Живот округлой формы, принимает участие в акте дыхания, несколько напряжен и болезнен в нижних отделах. Симптом Щеткина отрицателен. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, при осмотре с помощью зеркал не эрозирована. Наружный зев щелевидной формы, из зева отмечаются слизистые выделения в умеренном количестве.

Матка несколько увеличена в размерах (соответственно 5-6-недельной беременности), в правильном положении, с гладкой поверхностью, обычной консистенции, болезненна при пальпации. Придатки матки из-за болезненности и напряжения передней брюшной стенки четко пальпировать не удалось, однако создается впечатление, что они не увеличены. Своды свободны, параметрии без патологических инфильтратов.

Вопросы:

1. Каков диагноз?
2. С какими заболеваниями надо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

Ситуационная задача № 5

Больная Г., 38 лет, обратилась в женскую консультацию 2 с жалобами на кровотечение из половых путей, слабость, головокружение.

Половая жизнь с 22 лет, брак первый. Было 4 беременности, из них 2 родов и 2 искусственных аборта. Последняя беременность 2 года назад закончилась срочными родами без осложнений. Бели не беспокоят, функции мочевого пузыря и прямой кишки не нарушены.

История данного заболевания. Женщина практически в течение всего периода наличия менструальной функции страдала обильными и длительными менструациями, которые стали несколько менее обильными только после последних родов. Однако в течение последних 6 месяцев менструации стали вновь очень обильными, со сгустками. Цикличность кровотечений не нарушалась. Обращалась к врачу акушеру-гинекологу, который находил увеличение матки соответственно 8-недельной беременности (миома матки). Была назначена симптоматическая терапия, которая оказалась неэффективной. Очередная менструация перешла в маточное кровотечение. У больной на фоне кровотечения появились слабость, головокружение, выраженная бледность. С этими жалобами она обратилась за медицинской помощью.

Данные общего и специального обследования. Больная правильного телосложения,

повышенного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Живот округлой формы, активно принимает участие в акте дыхания. При пальпации его над лоном удается определить плотную подвижную опухоль, верхний полюс которой располагается на середине расстояния между лоном и пупком. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей, рожавшей женщины. Влагалище заполнено жидкой кровью со сгустками. После удаления крови был произведен осмотр шейки матки с помощью влагалищных зеркал, при этом было установлено, что шейка матки имеет цилиндрическую форму, наружный зев щелевидный, шейка не эрозирована. Наружный маточный зев пропускает кончик пальца. Тело матки

представляет собой опухоль, размеры которой соответствуют 16-недельной беременности, с неровной, бугристой поверхностью, плотной консистенции. Опухоль подвижна, безболезненна при пальпации. Правые и левые придатки без особенностей. Своды влагалища свободны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями надо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

Ситуационная задача № 6

Больная Х., 36 лет, поступила в гинекологический стационар с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, дисурические расстройства.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 26-28 дней, безболезненные, умеренные. В течение последних 3 лет они стали более продолжительные и обильные. Последняя менструация была в срок, но продолжалась 9 дней. Половая жизнь с 21 года. Было 4 беременности, из них 2 родов без осложнений и 2 аборта (один искусственный и один самопроизвольный) без осложнений. Бели не беспокоят, отмечает несколько учащенное мочеиспускание. Стул был накануне.

История данного заболевания. Считает себя больной в течение последних 3 лет, когда изменился характер менструального цикла (см. менструальную функцию). При осмотре гинекологом было обнаружено увеличение размеров матки соответственно 7-недельной беременности. Систематически под врачебным контролем не находилась. При последнем осмотре гинекологом (5 мес назад) было установлено, что величина матки соответствует 10-недельной беременности, на матке имеются множественные миоматозные узлы. Один из узлов опухоли располагался справа и несколько спереди от матки и имел самостоятельную подвижность. Женщине была предложена операция, от которой она отказалась. Рекомендовано систематическое наблюдение врача-гинеколога, однако больная этого предписания не выполнила. Утром у больной внезапно после резкого поворота возникли сильные боли внизу живота и поясничной области, сопровождавшиеся тошнотой и рвотой. С этими явлениями она была доставлена в стационар.

Живот обычной формы, принимает участие в акте дыхания. При пальпации выявляется резкая болезненность внизу живота, больше справа. Здесь же имеются нерезко выраженные проявления мышечной защиты и слабо положительный симптом Щеткина. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки несколько подтянута кверху, цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. При осмотре с помощью зеркал шейка матки чистая, выделения слизистые, в умеренном количестве. Матка увеличена соответственно 10-11-недельной беременности, с неровной бугристой поверхностью, в правильном положении. Справа и

спереди от матки пальпируется опухолевидное образование размерами 8X8 см, с гладкой поверхностью, резко болезненное при пальпации. Оно имеет связь с маткой, и его можно перемещать вместе с ней. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Производство влагалищного исследования было затруднено из-за резкой болезненности опухолевидного образования и некоторого напряжения передней брюшной стенки.

Вопросы:

1. Каков диагноз?
2. В чем причина остро развившегося болевого синдрома?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 7

Больная В., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота и повышение температуры тела до 38°.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 5-6 дней, через 30 дней, безболезненные, умеренные. Последние менструации были в срок. В течение последних нескольких лет у больной за 2 дня до начала менструаций стали появляться мажущие темно кровянистые выделения из половых путей, которые продолжались в течение нескольких дней после окончания менструаций. Аналогичные нарушения наблюдались и в данном менструальном цикле. Несколько раз были ациклические кровянистые выделения, иногда обильные. Половой жизнью не жила. Бели не беспокоят, гинекологических заболеваний не было. Функции мочевого пузыря и прямой кишки без особенностей.

История данного заболевания. Больная в течение последних лет страдает нарушением менструального цикла. К врачам не обращалась. Неделью назад почувствовала себя плохо, был озноб, температура тела поднялась до 38,2°. Больная, считая, что у нее имеется простудное заболевание, начала принимать сульфаниламидные препараты. Одновременно возникли боли внизу живота. На утро температура снизилась до субфебрильной и сохранялась на этом уровне в течение последующих дней. Боли внизу живота не прекратились, временами были схваткообразными. В связи с усилением болей, повышением температуры до 38° и появлением кровянистых выделений из половых путей больная обратилась за медицинской помощью. Температура тела 37,8° Катаральных явлений не отмечается. Пульс 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/75 мм рт.ст. Живот принимает участие в акте дыхания, слегка чувствительный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул был, дизурических расстройств не отмечается.

Ректальное исследование. Шейка матки цилиндрической формы, несколько укорочена. Матка увеличена соответственно 10-недельной беременности, в правильном положении, плотная, с неровной поверхностью, чувствительная при пальпации. Придатки не пальпируются, область их безболезненна. Параметрии без патологических изменений. При осмотре входа во влагалище отмечено, что девственная плева не нарушена, ее отверстие пропускает кончик пальца, из влагалища темнокровянистые выделения в небольшом количестве с запахом.

УЗИ: матка в anteversio, размерами 98x66x84 мм, диффузно увеличена за счет гипоехогенных образований в толще миометрия по перед. стенке диаметром 64мм, по зад. стенке диаметром 56мм. М-эхо 15мм. Придатки без особенностей.

Вопросы:

1. О каком гинекологическом заболевании может идти речь?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования позволяют уточнить диагноз?

Ситуационная задача № 8

Больная К.. 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на сильные боли в эпигастральной области и около пупка, тошноту, повышение температуры до 37,8°C.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 27-28 дней, безболезненные, обильные. Половая жизнь с 21 года, брак первый. Было четыре беременности: 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Последняя беременность год назад закончилась искусственным абортom.

Гинекологических заболеваний не было.

История настоящего заболевания. Считает себя беременной в связи с задержкой менструаций; 3 нед. назад появились тошнота и рвота по утрам. Временами отмечалась субфебрильная температура. Периодически беспокоили боли в области пупка и пояснице.

При гинекологическом осмотре обнаружено увеличение матки соответственно 6-недельной беременности. Был рекомендован повторный осмотр через 2 нед. Через неделю внезапно возникли сильные боли в подложечной области и в области пупка, 2 раза была рвота, температура повысилась до 38°C с кратковременным ознобом.

В течение 2 дней отсутствовал самостоятельный стул.

Температура 37,8°C, пульс 100 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не обнаружено. Живот округлой формы, при дыхании наблюдается некоторое отставание передней брюшной стенки в нижних отделах, больше справа. Пальпация живота вызывает напряжение мышц передней брюшной стенки, особенно

выраженное в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный, симптомы Ровзинга и Ситковского слабopоложительны. Влагалищное исследование. Наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы со следами бывших разрывов в родах. При осмотре с помощью зеркал отмечен цианоз слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки, на передней губе шейки матки - некровоточащая эрозия. Выделения слизистого характера. Матка в правильном положении, увеличена соответственно 7-8- недельной беременности, размягчена. Признак Горвица - Гегара положителен. Придатки пальпировать не удалось, имеется небольшая болезненность в области правых придатков матки. Надавливание на задний влагалищный свод вызывает болевые ощущения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать эту патологию?
3. Какие дополнительные исследования нужно провести?

Ситуационная задача № 9

Больная М., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение больницы с жалобами на резкие боли внизу живота, повышение температуры, общую слабость, озноб.

Менструация с 14 лет, цикл установился через 3 месяца (по 5 дней, через 28 дней, регулярно), менструации умеренные, безболезненные. Последняя менструация имела место за 1 неделю перед поступлением в клинику. Половая жизнь с 20 лет. У больной 4 беременности, одна из которых завершилась своевременными родами без осложнений, три - искусственными абортами. Последний аборт, произведенный 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу чего больная лечилась в стационаре.

Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Наружный зев щелевидной формы. Из цервикального канала - гнойные выделения.

Бимануальное исследование. Матка отдельно не определяется. В области придатков пальпируются эластичной консистенции образования без четких контуров, резко болезненные, ограниченно подвижные. Своды с обеих сторон укорочены.

Мазок. Эпителиальные клетки и лейкоциты в большом количестве, флора кокковая. Выявлены ключевые клетки. При пункции через задний свод влагалища из брюшной полости получен мутный выпот.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.

Ситуационная задача № 10

Больная Г., 29 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на раздражительность, плаксивость, головную боль, головокружение, тошноту, иногда рвоту, боли в области сердца, приступы тахикардии, нагрубание молочных желез, снижение памяти, метеоризм. Все эти симптомы появляются за 6-14 дней до менструации и исчезают накануне или в первые дни ее. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 20 лет. Было три беременности: одна из них закончилась искусственными абортами (срок 8 нед) с повторным выскабливанием полости матки по поводу остатков плодного яйца, две другие - самопроизвольными абортами (срок 8-10 нед) с последующим выскабливанием полости матки. Из гинекологических болезней перенесла воспаление придатков, по поводу чего лечилась в стационаре. Считает, что больна в течение 3 лет, когда после травмы черепа появились вышеуказанные симптомы. Выраженность их в последние 6 мес резко возросла.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, оволосенение на лобке - по женскому типу. Шейка матки конической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, без болезненное, находится в правильном положении, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз.

3. Как вы будете проводить дифференциальную диагностику?
- 4.

Ситуационная задача №11

Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева. На профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 нед беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась; 2 года назад миома матки увеличилась до 10 нед беременности. В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок. Половую жизнь ведет с 30 лет, замужем. Всего было две беременности: первая закончилась искусственным абортom (срок 12 нед) без осложнений, вторая - искусственным абортom (срок 7 нед) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась противовоспалительная терапия. Перенесла гинекологические

болезни: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотная, слегка болезненная матка. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 нед беременности, со множественными миоматозными узлами, плотная, подвижная, слегка болезненная по левому ребру. Придатки с обеих сторон плотные, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные. Кольпоскопия: многослойный плоский эпителий не изменен. Гистологическое исследование: в соскобе из цервикального канала слизистая цервикального канала, из полости матки - эндометрий в стадии пролиферации.

УЗИ: множественная миома матки (миоматочный узел до 12 см в диаметре исходит из левого ребра матки). Маточные трубы расширены местами до 3 см.

Вопросы: 1. Какой диагноз поставил врач женской консультации?
2. Поставьте клинический диагноз. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

Ситуационная задача № 12

Пациентка С, 58 лет, обратилась к гинекологу женской консультации для профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: постменопауза 8 лет. Гинекологом осматривается нерегулярно. Последний раз — 3 года назад. В анамнезе регулярные менструации, через 25 дней по 3 дня, безболезненные. Имела 7 беременностей, из них 3 родов и 4 мед. аборта. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. В репродуктивном возрасте с целью контрацепции долгое время использовала ВМС. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии несколько гипопластичны, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки тонкая, без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии. Симптом «зрачка» отрицательный. Вагинально: шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные. Произведено УЗИ гениталий: размеры матки 44 x 40 x 42 см, структура миометрия однородная. М-эхо 12 мм, неоднородной эхоструктуры с мелкими анэхогенными включениями.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие заболевания имеют схожую УЗ-картину?
3. Составьте план обследования больной.
4. Какое исследование в данном случае считается самым информативным?

Ситуационная задача № 13

Больная Ф., 47 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей после coitus в течение месяца. Анамнез: мать умерла от рака матки в 50 лет. Половая жизнь с 18 лет в браке. Было пять беременностей, из них трое родов крупными плодами и два медицинских аборта. Последние роды осложнились разрывом шейки матки. Десять лет назад по поводу эктопии шейки матки проводилась криодеструкция. Три года назад при проф. осмотре обнаружена дисплазия шейки матки II степени, было предложено оперативное лечение, от которого больная отказалась. Больная вскоре сменила место жительства и больше к гинекологу не обращалась.

Гинекологическое исследование: наружные гениталии без особенностей. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, со следами старых разрывов, на передней губе от края наружного зева в диаметре до 2 см имеются множественные сосочковые разрастания ярко-красного цвета, кровоточащие при введении зеркала. При влагалищном исследовании: шейка матки имеет плотную консистенцию, подвижная, пальпаторно определяется плюс-ткань. Матка не увеличена, обычной консистенции, с ровной поверхностью, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Параметрии без особенностей. Выделения на перчатке кровяные.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Алгоритм обследования больной?

Ситуационная задача № 14

Больная К., 37 лет, обратилась в гинекологическую клинику с жалобами на кровяные выделения из половых путей. В анамнезе: 1 роды, два медицинских аборта. Менструации регулярные. В последние 6 месяцев появились жидкие серозно-желтые выделения из влагалища с неприятным запахом, иногда с примесью крови. К врачу не обращалась. Два часа назад после подъема тяжести внезапно из влагалища появились значительные кровянистые выделения.

В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, форма ее бочкообразная, темно-багрового цвета, с выраженной сетью капилляров, неподвижная. Из цервикального канала кровяные выделения.

Влагалищное исследование: шейка матки плотная, ассиметрична, бочкообразной формы, ограничена в движении. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. В области параметрия через боковые своды определяются плотные инфильтраты, не достигающие до стенок таза. Ректальное исследование: ампула прямой кишки свободна, слизистая ее подвижна, шейка матки гипертрофированная, плотная. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, не достигающие до стенок таза.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Составьте план обследования больной.

Ситуационная задача № 15

Больная М., 32 года, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели. Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 30 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 4 беременности, которые закончились двумя срочными неосложненными родами и 2 мед. абортами. Пациентка в браке, живет регулярной половой жизнью, контрацепция — КОК (марвелон) в течение 1,5 лет. Соматические и гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. При объективном осмотре патологии не выявлено. Гинекологический осмотр: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища обычного цвета, без воспалительных явлений. На передней губе шейки матки визуализируется участок неправильной формы ярко-красного цвета 0,5*0,5 см на фоне бледной слизистой эктоцервикса. Выделения слизисто-гноевидные, умеренные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрическая, симметричная, подвижная, безболезненная. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие. Параметрии свободные.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Составьте план обследования больной.

Ситуационная задача № 16

Больная Р., 42 года, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на периодические слизистогнойные бели. Данные жалобы беспокоят больную в течение 6 месяцев, ранее не обследована. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Менструации с 12 лет, регулярные, через 25-26 дней по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Живет половой жизнью с 19 лет, в браке, контрацепция — барьерная. Было три беременности, одна из которых закончилась нормальными родами, а две другие медицинскими абортами без осложнений. Из гинекологических заболеваний в анамнезе: в возрасте 27 лет по поводу эктопии шейки матки была произведена криодеструкция, контрольная кольпоскопия после лечения не проводилась. Соматически здорова. Гинекологический осмотр: наружные гениталии без особенностей, оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки гипертрофирована, на задней губе шейки матки имеются возвышающиеся белесоватые участки с четкими контурами. Выделения слизисто-гноевидные в незначительном количестве. Влагалищное исследование: влагалище емкое, свободное. Шейка матки несколько гипертрофирована, цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно,

безболезненно. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования больной.

Ситуационная задача № 17

Пациентке О., 45 лет, произведено очередное ежегодное профилактическое гинекологическое обследование. Жалоб со стороны гениталий не предъявляет. Из анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 5 беременностей, 2 родов и 3 мед. аборта. В течение 2 лет половой жизнью не живет. В возрасте 35 лет произведена криодеструкция шейки матки по поводу эктопии, контрольная кольпоскопия и мазки на онкоцитологию не проводились. Страдает хроническим аднекситом, последнее обострение 3 года назад, лечилась в стационаре. Из соматических заболеваний: НЦД по гипертоническому типу, ожирение II степени. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Гинекологический осмотр: наружные гениталии без особенностей. В зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка цилиндрической формы, несколько гипертрофирована, на границе наружного зева на задней губе шейки матки имеется участок 2 x 2 см ярко-красного цвета с бархатистой поверхностью, легко кровоточащий при дотрагивании. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. При цитологии мазка на атипичические клетки с шейки матки заподозрена цервикальная интраэпителиальная неоплазия.

1. Составьте план обследования больной.
2. С какими заболеваниями в данном случае проводится дифференциальная диагностика?
3. На основании какого метода исследования может быть окончательно верифицирован диагноз?

Ключи правильных ответов

Задача №1

1. Обострение хр.метроэндометрита, сальпингоофорита. Эрозия шейки матки.
2. Осложнение самопроизвольного аборта, провоцирующий фактор - грипп.
3. Госпитализация в гинекологический стационар.
4. Пиелонефрит, аппендицит, дивертикулит, пельвиоперитонит, параметрит, внематочная беременность.
5. УЗИ, лапароскопия (по показаниям), бакобследование, консервативное лечение.

Задача №2

Ответ:

1. Острый пилосальпинкс, пельвиоперитонит.
2. УЗИ, лапароскопия (дренирование), бакобследование, исключение БППП. Консультация хирурга.
3. Аппендицит, перитонит, параметрит, внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника, перекрут ножки миоматозного узла.

Задача №3

Ответ:

1. Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу аборта, заматочная гематома. II Анемия легкой степени.
2. Апоплексия яичника, острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит, опухоль левого яичника, эндометриоз левого яичника.
3. УЗИ, лапароскопия, тесты на беременность. Хирургическое лечение.

Задача №4

Ответ:

1. Гематометра после мед. аборта.
2. Эндометрит после медаборта, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, внематочная беременность.
3. УЗИ, гинекологическое исследование.

Задача №5

Ответ:

1. Миома матки, быстрый рост. Меноррагия. II Анемия легкой степени.
2. Рак тела матки, саркома матки, опухоль яичника, маточная беременность.

Задача №6

Ответ:

1. Перекрут ножки субсерозного узла миомы матки.
2. Перекрут ножки миоматозного субсерозного узла, раздражение брюшины.
3. Перекрут ножки опухоли яичника, некроз миоматозного узла, внематочная беременность, маточная беременность, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, перитонит, аппендицит.

Задача №7

1. Миома матки с некрозом узла.
2. Госпитализация в гинекологический стационар.
3. Перекрут ножки субсерозного миоматозного узла, перекрут ножки опухоли яичника, метрозендометрит, пельвиоперитонит, рак тела матки, самопроизвольный аборт, ДМК.
4. УЗИ, лапароскопия.

Задача №8

1. Беременность 7-8 нед. Острый аппендицит.
2. Перекрут ножки, опухоли яичника, внематочная беременность, пиелонефрит, холецистит, дивертикулит, язвенная болезнь желудка.

3. ОАК (лейкоцитоз в динамике, СОЭ), УЗИ, лапароскопия.

Задача №9

Ответ:

1. Двусторонний пиосальпинкс с перфорацией, спаечный процесс в малом тазу, перитонит.
2. Перитонит, СББ, бесплодие, нарушение менструальной функции.

Задача №10

Ответ:

1. Предменструальный синдром, тяжелая форма, субкомпенсированная стадия.
2. Альгоменорея. Соматические и психические болезни.

Задача №11

Ответ:

1. Симптомная миома матки.
2. Симптомная миома матки (интралигаментарный узел миомы).
3. Рак тела матки, саркома матки, хорионэпителиома, опухоль яичника.

Задача №12

Ответ:

1. Патология эндометрия в постменопаузе.
2. Полипы, гиперплазия, рак эндометрия, небольшая субмукозная миома матки с нарушением трофики узла.
3. Гистероскопия, фракционное выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием соскобов, онкоцитология аспиратов из полости матки.
4. Гистология соскобов.

Задача №13

Ответ:

1. Рак шейки матки (предположительно стадия I Б).
2. УЗИ гениталий, кольпоскопия, биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата, цистоскопия, рентгенография легких.

Задача №14

Ответ:

1. Рак шейки матки.
2. Шеечная беременность, аборт в ходу, полип цервикального канала, рак матки, миома матки с шеечной локализацией узла.
3. УЗИ гениталий с доплерометрией, КТ или ЯМР малого таза, цистоскопия, ректороманоскопия, гистероскопия, цервикоскопия, фракционное выскабливание слизистой матки с гистологией соскобов, определение ХГ в плазме крови, ангио- и лимфография.

Задача №15

Ответ:

1. Эктопия шейки матки.
 2. Рак шейки матки, истинная эрозия, эритроплакия, сифилитическая язва, герпетические поражения шейки матки.
1. Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, анализ крови на RW, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральным методом), бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и заднего свода, гистология биоптатов шейки матки.

Задача №16

Ответ:

1. Лейкоплакия шейки матки.
2. Рак шейки матки, сифилитическая язва, герпетические поражения шейки матки с воспалительными осложнениями, цервицит с гнойными наложениями, ПВИ (плоские кондиломы).
3. Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, анализ крови на RW, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральным методом), бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и заднего свода, гистология биоптатов шейки матки.

Задача №17

Ответ:

1. Мазки-отпечатки на онкоцитологию с шейки матки и цервикального канала, кольпоскопия, УЗИ гениталий, обследование на ИППП (методом ПЦР, люминисцентной микроскопии, ИФА, культуральным методом), бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, уретры и заднего свода, гистология биоптатов шейки матки.
2. Рак шейки матки, истинная эрозия, эктопия, эритроплакия, цервицит.
3. На основании гистологического исследования биоптата шейки матки.

Перечень вопросов для практической подготовки.

1. Обсуждение симптоматики патологических состояний гинекологических больных.
2. Разбор историй болезни.
3. Участие в курации больных.
4. Отработка техники гинекологического осмотра.
5. Отработка заполнения историй болезни.
6. Обсуждение тактики обследования больных.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств.

Перечень вопросов для устного опроса:

1. Алгоритм выполнения раздельного диагностического выскабливания.
2. Алгоритм выполнения биопсии шейки матки.
3. Алгоритм выполнения зондирования полости матки.
4. Алгоритм взятие аспирата из полости матки.
5. Алгоритм выполнения пункции брюшной полости через задний свод.
6. Алгоритм удаления полипа слизистой цервикального канала.
7. Алгоритм выполнения тубэктомии.
8. Алгоритм выполнения овариоэктомии.
9. Алгоритм выполнения резекции яичника.
10. Алгоритм выполнения ампутации матки.
11. Алгоритм выполнения экстирпации матки.
12. Алгоритм проведения гистероскопии.
13. Алгоритм проведение гистеросальпингографии.
14. Алгоритм удаления кист наружных половых органов.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на пороговом уровне.

Перечень тем для рефератов:

1. Показания и противопоказания к проведению раздельного диагностического выскабливания.
2. Показания и противопоказания к проведению биопсии шейки матки.
3. Показания и противопоказания к проведению гистероскопии.
4. Показания и противопоказания к проведению гистеросальпингографии.
5. Показания и противопоказания к проведению медицинского аборта.
6. Показания и противопоказания к пункции брюшной полости через задний свод.
7. Показания и противопоказания к тубэктомии.
8. Показания и противопоказания к проведению стерилизации на трубах.
9. Показания и противопоказания к проведению конизации шейки матки.
10. Показания и противопоказания к удалению яичника.
11. Показания и противопоказания к резекции яичника.
12. Показания и противопоказания к ампутации матки.
13. Показания и противопоказания к экстирпации матки.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Диагностические операции в гинекологии. Показания.
2. Операции на матке. Показания.
3. Операции на придатках. Показания.
4. Операции при злокачественных опухолях половых органов.
5. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки. Показания и противопоказания.
6. Операции на шейке матки. Показания и противопоказания.
7. Оперативные вмешательства при аномалиях развития женских половых органов. Показания и противопоказания.
8. Восстановительные операции при травме и свищах кишечника и мочевыводящих путей. Показания и противопоказания.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7 на *продвинутом уровне*.

Перечень ситуационных задач:

Ситуационная задача №1

Пациентка К., 26 лет, 15 октября поступила в гинекологическое отделение с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей с 10 октября, периодические боли в правой подвздошной области, головокружение. Последняя менструация была 6 сентября. При осмотре с помощью зеркал выявлен легкий цианоз слизистой шейки матки, из наружного зева шейки матки темные кровянистые выделения. При двуручном гинекологическом исследовании – матка слегка увеличена, размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки не изменены. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой 76 консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации свода влагалища отмечается умеренная болезненность. Диагноз. Тактика.

Ситуационная задача №2

Пациентка М., 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 2-х недель и длительные мажущие темно-красные выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Считала себя беременной, в беременности заинтересована. При

поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Выделения темно-кровянистые, мажущие. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки соответствует 5-6 нед. беременности, несколько размягчено, безболезненно. Правые придатки в спайках, четко не пальпируются, область их безболезненна. Слева позади матки пальпируется образование неправильной формы, болезненное, размерами 12x10 см. Пальпация заднего свода резко болезненная. Диагноз. Тактика.

Ситуационная задача №3

Пациентка Г., 28 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, которые появились внезапно. Было кратковременное обморочное состояние. Последняя менструация 2 недели назад. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 90/50 мм рт.ст. При пальпации передняя брюшная стенка несколько напряжена, симптом Щеткина слабо положительный. Бимануальное исследование: пальпация матки и придатков затруднена из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Пальпация заднего свода болезненная. Диагноз. Тактика.

Ситуационная задача № 4

Пациентка Г., 42 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38° С в течение 2 дней. У гинеколога в течение 5 лет не наблюдалась. Объективно: живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. 77 Бимануальное исследование: тело матки соответствует 10 нед. беременности, плотное, бугристое, на передней поверхности матки пальпируется субсерозный фиброматозный узел 5x4 см, болезненный, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Терапия.

Ситуационная задача №5

Пациентка Р., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, которые появились вчера внезапно. В течение 2 лет страдает хроническим воспалением придатков матки. Объективно: температура тела 37,3° С. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот ограниченно принимает участие в акте дыхания. Определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа. Справа положительный симптом Щеткина. Бимануальное исследование: тело

матки нормальных размеров, плотное, отклонено влево за счет образования, расположенного в области правых придатков и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластичную консистенцию, размерами 10х14 см. Образование резко болезненно при попытке к смещению. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Тактика.

Ситуационная задача № 6.

Пациентка М., 22 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, слабость, головокружение. Боли возникли внезапно после физической нагрузки. Дома было обморочное состояние. Последняя менструация 6 недель назад. От беременности предохранялась с помощью ВМС. Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 100 уд/ мин, АД 90/50 мм рт.ст. Симптомы раздражения брюшины положительные. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая. Выделения незначительные темно-кровянистые. Бимануальное исследование: при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 нед. беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухолевидное образование тестовой консистенции без четких контуров. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Задний свод влагалища выпячен, резко болезненный при пальпации. Диагноз. Тактика.

Ситуационная задача № 7.

Больная А., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации за справкой о состоянии здоровья для поездки в Африку. Жалоб не предъявляет.

.Половую жизнь ведет с 20 лет. Беременностей не было (от беременности предохранялась). Из гинекологических заболеваний перенесла острое воспаление придатков, лечилась в стационаре: проводили противовоспалительную терапию (получала антибиотики).

Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание и стул в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище— нерожавшей женщины. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 6 нед. беременности, плотная, подвижная, безболезненная. С обеих сторон пальпируются плотные придатки. Выделения слизистые, умеренные. Поставьте диагноз и предложите тактику врача.

Ситуационная задача № 8.

Больная Б., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка

была увеличена до 6 нед. беременности. Все это время больная состояла на учете у врача-гинеколога. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад), личина миомы соответствовала 9- недельной беременности). Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

А н а м н е з : в детстве перенесла грипп, аппендэктомию, болезнь Боткина.

Менструации с 10 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. Последний год менструации длятся по 7—10 дней, обильные.

Половую жизнь ведет с 30 лет. Было две беременности: обе закончились искусственными абортами без осложнений.

Объективное обследование: состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД— 120/80 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Выделения из половых путей кровяные, обильные. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище— нерожавшей женщины. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 10 нед. беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, обильные.

Поставьте диагноз.

Какой должна быть тактика врача женской консультации?

Больная госпитализирована в хирургическое отделение гинекологической больницы. При осмотре данные те же, что

Больная Б., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 нед. беременности. Все это время больная состояла на учете у врача-гинеколога. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад), величина миомы соответствовала 9-недельной беременности). Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

Половую жизнь ведет с 30 лет. Было две беременности: обе закончились искусственными абортами без осложнений.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище— нерожавшей женщины. Шейка матки субконической формы, чистая. Матка увеличена до 10 нед. беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, обильные.

Поставьте диагноз. Какой должна быть тактика врача женской консультации?

Кольпоскопия: слизистая шейки матки без патологических изменений. Гистологическое исследование: в соскобе шейки матки обнаружена слизистая цервикального канала. В соскобе из полости матки - железисто-кистозная гиперплазия-эндометрия. Больной была предложена операция, на которую она согласилась. Каковы показания к операции и ее объем?

Ключи правильных ответов

Задача №1

Диагноз: Нарушенная правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.

Тактика: УЗИ, пункция заднего свода влагалища, при подтверждении диагноза – лапароскопия, удаление правой маточной трубы.

Задача №2

Диагноз: Нарушенная трубная беременность с образованием позадиматочной гематомы.

Тактика: лапаротомия, удаление левых придатков.

Задача №3

Диагноз: Апоплексия яичника, внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок I степени.

Тактика: УЗИ, пункция заднего свода влагалища. Лапаротомия, резекция и ушивание яичника.

Задача №4

Диагноз: Миома матки, субсерозный узел, некроз узла.

Терапия: срочная госпитализация, лапаротомия, экстирпация матки с маточными трубами.

Задача №5

Диагноз: Перекрут ножки опухоли правого яичника.

Тактика: срочное оперативное лечение – лапаротомия, удаление придатков матки справа с опухолью яичника.

Задача №6

Диагноз: Трубная беременность справа, разрыв маточной трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок I ст.

Тактика: лапаротомия, удаление правой маточной трубы.

Задача №7

Диагноз: миома матки, хронический двусторонний аднексит.

Тактика врача: женщина должна быть поставлена на учет в женской консультации и посещать врача 1 раз в 3 мес, ее следует предупредить о том, что ей противопоказаны тепловые процедуры, смена климата с умеренного на жаркий и тяжелая физическая нагрузка.

Задача № 8

Диагноз: симптомная миома матки, анемии.

Тактика врача женской консультации: необходимо срочно госпитализировать больную.

Клинический диагноз: симптомная миома матки, анемия.

Показание к операции: симптомная миома матки (основной симптом — менорагия, доводящая больную до анемии).

Объем операции: учитывая тот факт, что шейка матки не имеет патологии, можно произвести надвлагалищную ампутацию матки без придатков.

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Разбор историй болезни.
2. Ассистирование на операциях тубэктомии.
3. Ассистирование на операции овариоэктомии.
4. Ассистирование при гистероскопии.
5. Обсуждение показаний и алгоритма проведения ампутации матки.
6. Обсуждение показаний и алгоритма проведения экстирпации матки.

ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.

Знать: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

1. Алгоритм сбора гинекологического анамнеза.
2. Клинические анализы и их изменения при гинекологической патологии.
3. Белки плазмы крови и диагностическое значение их определения.
4. Ферменты сыворотки крови.
5. Небелковые азотистые компоненты крови.
6. Диагностическое значение определения отдельных показателей углеводного обмена.
7. Показатели липидного обмена.
8. Некоторые показатели пигментного обмена.
9. Электролитный состав плазмы. Витамины. Гормоны.

10. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).
11. Специальные методы исследования (тесты функциональной диагностики, гормональное исследование, ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования, компьютерная томография; цитологическое, морфологическое и гистохимическое исследования; биопсия шейки матки и эндометрия, диагностическое выскабливание матки и цервикального канала; пункция брюшной полости через задний свод влагалища; бактериологическое исследование влагалища, шейки матки, уретры).
12. Особенности обследования девочек и подростков.
13. Эндоскопические методы исследования.

Уметь на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *пороговом уровне*.

Перечень тем для рефератов:

1. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с хламидиозами.
2. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с кандидозами.
3. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с воспалительными заболеваниями придатков.
4. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с кистами яичника.
5. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с эндометриозом.
6. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с миомой матки.
7. Методы диагностики и тактика ведения пациентов с вирусными заболеваниями половых органов.
8. Методы диагностики и тактика ведения пациентов со специфическими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.
9. Методы диагностики и тактика ведения пациентов при бесплодии.
10. Методы диагностики и тактика ведения пациентов при нейроэндокринных гинекологических синдромах.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *продвинутом уровне*.

Перечень тем для докладов:

1. Клинические и лабораторные методы исследования в гинекологии.
2. Ультразвуковое исследование в гинекологии.

3. Рентгенологические методы исследования в гинекологии.
4. Эндоскопические методы исследования в гинекологии.
5. Компьютерная томография в гинекологии.
6. Магнитно-ядерная томография в гинекологии.
7. Методы диагностики при нейроэндокринных гинекологических синдромах.
8. Методы диагностики при бесплодии.

Владеть: практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3 на *продвинутом уровне*.

Перечень ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1

Задача 1 Пациентка Р., 45 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на зуд, жжение в области наружных половых органов. Последний раз была на приеме у гинеколога шесть лет назад. При наружном осмотре половых органов на вульве видны белесоватые бляшки. Внутренние половые органы без патологии. Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача №2

Пациентка П., 23 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 месяца назад. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 21 года, беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: шейка матки субконической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными-слизистыми выделениями, размерами 2х2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Поставьте предварительный диагноз. Наметьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача №3

Пациентка К., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации для проведения профилактического осмотра. При осмотре в зеркалах на задней губе шейки матки визуализируются белесоватые участки с четкими контурами. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ситуационная задача №4

На прием к гинекологу для профилактического осмотра обратилась пациентка К., 38 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Из цервикального канала исходит образование округлой формы размерами 1х0,5 см. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено. По данным микроскопического исследования в мазках из влагалища много лейкоцитов, микрофлора смешанная; по результатам кольпоскопии: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; атипии сосудов не наблюдается. Имеется эктопия цилиндрического эпителия с зоной превращения по периферии эктопии. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ситуационная задача №5

Пациентка В., 46 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Последние 2 года интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Пятнадцать дней назад у пациентки после 2 мес. отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. В день поступления произведено раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала: длина матки по зонду 8 см, стенки гладкие, без деформации. Получен обильный соскоб, результат его гистологического исследования: простая без атипии гиперплазия эндометрия. Поставьте диагноз, назначьте лечение данной пациентке.

Ситуационная задача №6

В гинекологическое отделение доставлена пациентка Д., 42 лет, с обильными кровянистыми выделениями из половых путей после задержки менструации в течение 2,5 месяцев. Последний год менструации нерегулярные, отмечаются задержки на 1,5-2 месяца. Последняя менструация началась 2 дня назад после очередной задержки. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется яичник округлой формы, размерами 5х4х5 см, эластической консистенции, подвижный, безболезненный. Поставьте диагноз, наметьте план обследования и лечения.

Ситуационная задача №7

Пациентка Л., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает хронический

двусторонний сальпингоофорит, по поводу которого неоднократно проходила амбулаторное и стационарное лечение. Последнее обострение воспалительного процесса 8 месяцев назад. На ИППП не обследована. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненно при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется образование овоидной формы, размерами 10х12 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Диагноз. План обследования и лечения.

Ситуационная задача №8

Пациентка К., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение для планового оперативного вмешательства с диагнозом: Киста левого яичника. Обследована клинически и лабораторно в полном объеме. При проведении оперативного вмешательства по поводу опухоли левого яичника обнаружена муцинозная киста. Укажите объем оперативного вмешательства.

Ситуационная задача №9

Пациентка С., 55 лет, обратилась к врачу женской консультации для планового гинекологического осмотра. Жалоб не предъявляет. Менопауза 2 года. Полтора года назад обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки справа размерами 6х8 см. При гинекологическом исследовании: слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа пальпируется образование овоидной формы, размерами 6х8 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Диагноз. План обследования и ведения пациентки.

Ситуационная задача №10

В гинекологическое отделение поступила пациентка К., 54 лет, с кровянистыми выделениями из половых путей. Менопауза 3 года. В последние 3 месяца из влагалища периодически (2-3 раза в месяц) отмечает умеренные кровянистые выделения. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. АД 160/90 мм рт.ст. При проведении гинекологического исследования патологии не обнаружено. Предварительный диагноз. План обследования и ведения.

Ситуационная задача №11

Женщина Н., 36 лет, обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей, которые появляются за 2-3 дня до начала менструации. Считает себя больной около 6 месяцев. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, по поводу чего проводилась диатермоэлектрокоагуляция. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части

шейки матки, на 7 часах, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см, легко кровоточащий при прикосновении к нему. Выделения светлые, слизистые. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз. План обследования и лечения.

Ситуационная задача №12

Пациентка Н., 20 лет, в экстренном порядке взята на диагностическую лапароскопию в связи с подозрением на внематочную беременность. При ревизии органов малого таза обнаружено: матка, левые придатки и правая труба не изменены. Правый яичник в виде опухолевидного образования, покрытого синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивает темно-багровое («шоколадное») содержимое. Образование спаяно с задней поверхностью матки, серозным покровом прямой кишки, и маточными трубами. Диагноз. Объем операции. Рекомендации при выписке.

Ситуационная задача №13

Пациентка С., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда менструации стали длительными (по 7 - 10 дней), обильными, болезненными. За медицинской помощью не обращалась. Последняя менструация началась 2 недели назад. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Анализ крови: гемоглобин - 83 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$. Диагноз. Тактика врача.

Ситуационная задача №14

Пациентку Т., 36 лет, в течение 2 лет беспокоят обильные болезненные и продолжительные менструации, чувство тяжести и «распирания» в глубине таза. Сокращающие матку средства не помогают. Производилось выскабливание матки, гистологический ответ - железы слизистой в фазе секреции. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 7 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. В анализе крови гемоглобин 90 г/л, эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,5 \times 10^9 /л$, СОЭ – 5 мм/ч. Диагноз. План обследования и лечения.

Ситуационная задача №15

Пациентка Ф., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, болезненные менструации и темно-кровянистые мажущие

выделения из половых путей накануне менструации. Год назад произведена диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозии. При осмотре в зеркалах: на шейке матки видны очаги синего цвета диаметром от 0,1 до 0,3 см. Из отдельных очагов – скудные темно кровянистые выделения. Бимануальное исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 6 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. По данным метросальпингографии полость матки расширена, выявляются «законтурные» тени. Гистероскопия: полость матки расширена, стенки бугристые. Гистологическое исследование эндометрия – фаза секреции. Кольпоскопия – очаги эндометриоза на шейке матки. Диагноз. Лечение.

Ситуационная задача №16

Пациентка В., 35 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота за 5-6 дней до менструации и во время менструации, субфебрильную температуру тела в период болевого синдрома. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальной величины, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, безболезненное. Слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа от матки пальпируется образование 7х8х6х см, болезненное, при пальпации ограниченно подвижное, неравномерной консистенции (от плотной до эластической). Своды влагалища глубокие, безболезненные. По данным УЗИ в области правого яичника определяется образование 7х7,5х6,8 см с капсулой толщиной 0,3-0,4 см. Внутренняя структура образования жидкостная с мелкодисперсной взвесью. Данные ФГДС, ирриго- и ректороманоскопии без особенностей. Диагноз. Лечение.

Ситуационная задача №17

Пациентка К., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в поясницу, прямую кишку, боли при половом сношении, обильные менструации. Считает себя больной в течение 4 лет. Неоднократно обращалась к врачу. Назначались курсы противовоспалительной терапии (антибиотики, витамины, физиопроцедуры), которые не способствовали устранению болей. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, отклонено влево, нормальной величины, плотное, чувствительное, ограничено в смещении. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева за маткой пальпируется образование 5х7х6х см, болезненное, при пальпации ограниченно подвижное, без четких контуров. В заднем своде влагалища – бугристость и инфильтрация тканей 4,0х3,0 см с резкой болезненностью при пальпации. Диагноз. Лечение.

Ситуационная задача №18

Пациентка Ш., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные менструации. К врачу не обращалась. Последняя менструация началась 8 дней назад и продолжается по настоящее время. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 12- 13 недель беременности, плотное, неправильной формы, малоподвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Анализ крови: гемоглобин - 88 г/л, эритроциты - $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,8 \times 10^9 /л$, СОЭ-5мм/ч. Диагноз. Тактика врача.

Ситуационная задача №19

Пациентка А., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. В течение последнего года менструации стали обильными. Беременностей не было. При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, в канале шейки матки пальпируется округлой формы, плотное образование размерами 3х4 см. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровянистые, обильные. Анализ крови: гемоглобин - 98 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,5 \times 10^9 /л$, СОЭ-5мм/ч. Диагноз. Тактика ведения.

Ситуационная задача №20

Пациентка К., 47 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева. На профилактическом осмотре 5 лет назад обнаружена миома матки размером до 6 недель беременности. Последние 2 года к врачу не обращалась. При гинекологическом исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 12 недель беременности, плотное, слева пальпируется узел в диаметре до 8 см, чувствительный при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Тактика ведения.

Ситуационная задача №21

Пациентка Ф., 46 лет, наблюдается в женской консультации по поводу миомы матки в течение 3 лет. В течение 5 месяцев отмечает обильные менструации, схваткообразные боли внизу живота. Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 8 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения светлые, слизистые. По данным УЗИ – миома матки 8 недель, субмукозный узел до 3 см в диаметре. Диагноз. Тактика ведения.

Ситуационная задача №22

Пациентка К., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Состояла на диспансерном учете у врача акушера-гинеколога. В последний год стала отмечать обильные менструации, плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад – величина миомы соответствовала 9-ти недельной беременности. Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. Выделения из половых путей кровянистые, обильные. Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 10 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Тактика врача.

Ситуационная задача №23

Пациентка Р., 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Была обследована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не обнаружено. Рекомендована консультация гинеколога. Последний год менструации длятся 7 дней, обильные. Из гинекологических заболеваний отмечает эндометрит после родов, миому матки (на учете у гинеколога не состояла). Гинекологическое исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 14 недель беременности, бугристое, плотное, подвижное, безболезненное, из передней стенки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Тактика врача.

Ситуационная задача №24

Пациентка Н., 38 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 4 лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота. После менструаций отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Объективно: кожные покровы бледно-розовые, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст., живот при пальпации мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, из канала шейки матки исходит узел миомы диаметром 3 см на тонкой ножке. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, в канале шейки матки

пальпируется округлой формы, плотное образование размерами 3х3 см. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Тактика ведения.

Ключи правильных ответов

Задача №1

Диагноз: Лейкоплакия вульвы. План обследования: мазки на ОЦ, КС, биопсия вульвы - по показаниям. С целью лечения локально мази, содержащие эстрогены, глюкокортикоиды.

Задача №2

Диагноз: Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит. Необходимо провести местное противовоспалительное лечение. В дальнейшем следует взять мазки на ОЦ, провести биопсию шейки матки и лечение по результатам гистологического исследования (например, криокоагуляцию псевдоэрозии шейки матки за 7 дней до менструации).

Задача №3

Диагноз: Лейкоплакия шейки матки. Обследование: КС, мазки на ОЦ, прицельная биопсия шейки матки. При доброкачественном процессе – диатермокоагуляция или криотерапия шейки матки, диспансерное наблюдение врача акушера-гинеколога.

Задача №4

Диагноз: Полип цервикального канала. План обследования: мазки на флору из уретры и цервикального канала, мазки на ОЦ, КС, УЗИ органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала, полипэктомия с последующим гистологическим исследованием.

Задача №5

Диагноз: Простая без атипии гиперплазия эндометрия. С учетом возраста пациентке следует назначить гестагены с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 6 мес или агонисты гонадотропин-рилизинггормонов.

Задача №6

Диагноз: Ретенционная киста левого яичника (персистирующий фолликул). Показано раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала для остановки кровотечения, дальнейшее лечение по результатам гистологического исследования соскоба.

Задача №7

Диагноз: Киста левого яичника. Обследование: УЗИ органов малого таза, рентгенологическое или эндоскопическое обследование желудка и кишечника, кольпоскопия, раздельное диагностическое выскабливание,

пункция брюшной полости через задний свод. Тактика врача акушера-гинеколога – оперативное лечение в плановом порядке.

Задача №8

Удаление опухоли левого яичника, биопсия правого яичника, проведение экспресс-биопсии. При подтверждении доброкачественного характера опухоли объем оперативного вмешательства не расширяется.

Задача №9

Диагноз: Опухоль правого яичника. Тактика: клинико-лабораторное обследование для подготовки к плановому оперативному лечению. Хирургическое лечение в плановом порядке в объеме - лапаротомия, удаление придатков с опухолью правого яичника, экспресс-биопсия. При подтверждении доброкачественного характера опухоли объем оперативного вмешательства не расширяется.

Задача №10

Диагноз: Полипоз эндометрия. Тактика: УЗИ органов малого таза, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба. Дальнейшее лечение по результатам гистологического исследования соскоба.

Задача №11

Диагноз: Эндометриоз шейки матки. Тактика: КС, прицельная биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза с целью лечения используют криодеструкцию шейки матки, лазеровапоризацию и др.

Задача №12

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. Показано вылущивание эндометриоидной кисты правого яичника, разъединение спаек, противорецидивное лечение в послеоперационном периоде.

Задача №13

Диагноз: Аденомиоз, кровотечение. Вторичная железодефицитная анемия средней степени тяжести. Показано раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Задача №14

Диагноз: Эндометриоз тела матки, меноррагия, вторичная анемия. Обследование: УЗИ до и после менструации, гистероскопия, МСГ. Лечение: гормонотерапия (прогестины, агонисты гонадотропин релизинг гормонов, эстроген-гестагенные лекарственные средства), ингибиторы протеаз, иммунокорректоры, при меноррагии – антагонисты кальция.

Задача №15

Диагноз: Эндометриоз тела и шейки матки. Лечение: создание гормональной псевдоменопаузы, после восстановления менструации – монофазные низкодозированные КОК 1-2 года, иммуномодуляторы,

седативные средства, лазерная вапоризация очагов эндометриоза на шейке матки или криодеструкция.

Задача №16

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. Для уточнения диагноза необходима лапароскопия. При подтверждении диагноза – удаление кисты с последующим назначением низкодозированных монофазных КОК 1-3 года.

Задача №17

Диагноз: Генитальный эндометриоз. Лечение: лапаротомия, удаление очагов эндометриоза на брюшине, резекция части яичников в пределах здоровых тканей, иссечение очагов ретроцервикального эндометриоза. В последующем создание псевдоменопаузы на 9 месяцев, после восстановления менструации – монофазные КОК по контрацептивной схеме 1-3 года, иммунокоррекция.

Задача №18

Диагноз: Миома матки, меноррагия. Вторичная железодефицитная анемия средней степени тяжести. Тактика: раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, оперативное лечение в плановом порядке, гемостимулирующая терапия.

Задача №19

Диагноз: Миома матки, рождающийся субмукозный узел, кровотечение. Вторичная анемия легкой степени. Тактика: удалить рождающийся узел, произвести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием соскоба, назначить лечение анемии.

Задача №20

Диагноз: Миома матки, межсвязочный узел. Показано оперативное лечение в плановом порядке.

Задача №21

Диагноз: Миома матки, субмукозный узел. Показано оперативное лечение в плановом порядке – гистерорезектоскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки.

Задача №22

Диагноз: Миома матки, симптомное течение. Вторичная анемия. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Показания к операции – симптомное течение миомы матки.

Задача №23

Диагноз: Миома матки, симптомное течение. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Показания к операции – симптомное течение миомы матки, размеры матки 14 недель.

Задача №24

Диагноз: Миома матки, родившийся субмукозный узел, анемия.

Необходимо удалить родившийся узел, произвести отдельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием соскоба, назначить лечение анемии.

Перечень вопросов практической подготовки:

1. Разбор историй болезни
2. Участие в курации больных
3. Обсуждение методов обследования и лечения пациентов при различных гинекологических заболеваниях.
4. Отработка навыков инструментального обследования, эксплуатации медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи.
5. Обсуждение необходимости проведения диагностических мероприятий, а также оценки эффективности проводимого лечения.

Промежуточная аттестация

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Знать: общехирургический и специальный гинекологический инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-4:

Перечень вопросов для зачета

1. Значение общего обследования для диагностики гинекологических заболеваний. Анамнез.
2. Методы объективного исследования гинекологических заболеваний.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Современное учение о менструальной функции.
5. Тесты функциональной диагностики.
6. Периоды жизни женщины.
7. Влияние среды на развитие женского организма.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: основные характеристики морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме женщины

Уметь: определять патологические процессы в организме женщины

Владеть: навыками сбора анамнеза и обследования женщины

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-5:

Перечень вопросов для зачета

1. Нарушение менструальной функции.
2. Нейроэндокринные гинекологические синдромы.
3. Планирование семьи, роль аборта в планировании семьи.
4. Контрацепция как метод контроля деторождения.
5. Гормональная контрацепция
6. Внутриматочная контрацепция.
7. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при бесплодии в семье.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ОПК-7:

Перечень вопросов для зачета

1. Миома матки: этиопатогенез; клиника, диагностика, принципы лечения.
2. Миома матки: нарушение питания в узле.
3. Эндометриоз: этиопатогенез; клиника, диагностика, лечение.
4. Опухоли яичников: классификация; этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
5. Опухоли яичников: перекрут опухоли; клиника, диагностика, лечение.
6. Неопухолевые, предраковые заболевания и рак шейки матки: этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
7. Неопухолевые, предраковые заболевания и рак эндометрия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Острый пельвиоперитонит. Этиология, клиника, лечение.
9. Показания к оперативному лечению при воспалительных заболеваниях гениталий.
10. Прогрессирующая трубная беременность. Клиника, диагностика, лечение.
11. Трубный аборт. Клиника, диагностика, лечение.
12. Разрывы труб. Клиника, диагностика, лечение.
13. Реанимационные мероприятия при массивных внутренних кровотечениях.
14. Дифференциальная диагностика между трубным абортом и аппендицитом.
15. Дифференциальная диагностика между маточной и внематочной беременностью.

ДПК-3. Способен к проведению обследования пациентов с целью установления диагноза, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней

Знать: анатомические и патофизиологические основы проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Уметь: на основании знаний анатомии человека, формулировать основную диагностическую концепцию.

Владеть: практическими навыками проведения обследования пациентов с различными заболеваниями и патологическими состояниями.

Задания, необходимые для оценивания сформированности ДПК-3:

Перечень вопросов для зачета:

1. Нарушение менструальной функции.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.
3. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.
4. Пути профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов.
5. Миома матки. Клиника, диагностика, лечение.
6. Эндометриоз. Клиника, диагностика, лечение.
7. Понятие о фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки. Этиология. Методы обследования. Принципы лечения больных.
8. Гиперпластические процессы эндометрия. Клиника, диагностика, лечение.
9. Этиология опухолей яичников. Классификация. Кисты яичников. Разновидности, методы лечения.
10. Профилактика рака яичников, раннее выявление опухолей яичников.
11. Пузырный занос, хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{в+уз}{в+уз} \frac{в+уз}{в+уз}$$

$$ТК = 40$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{пз+реф}{пз+РЕФ} \frac{пз+реф}{пз+РЕФ}$$

$$ТР = 30$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных

студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются:

- 1) титульный лист;
- 2) оглавление;
- 3) введение;
- 4) основная часть;
- 5) заключение;
- 6) список использованных источников;
- 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность,

использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

— освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.

— планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.

— самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.

— выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

— самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;

— предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;

— в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;

— предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;

— использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;

— использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Распределение баллов по видам работ для очной формы обучения:

Название компонента	Распределение баллов
Практическая подготовка	до 5
Устный опрос	до 30
Доклад	до 20
Реферат	до 10
Решение ситуационных задач	до 10
Зачет	до 100
Экзамен	до 100

Шкала оценивания ответов на зачете

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	15
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	5
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
	«5» (отлично)	«Зачтено»
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»