федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

По специальности

**31.08.01. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «27» июня 2023 г.

Оренбург

**Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование категории (группы) универсальных компетенций | Код и наименование универсальной компетенции выпускника | Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции |
| Системное и критическое  мышление | УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
| УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте |

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения**  *Таблица 1* | | |
| Медицинская  деятельность | ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями  ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования |
| ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях  ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения |
| ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов | ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях  ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях |
| ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов  медицинскую экспертизу | ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу  ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу |
|  | ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно­гигиеническому  просвещению населения | ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения  ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с  населением |
|  | ОПК-9. Способен проводить | ОПК-9.1 Проводит анализ медико- |
|  | анализ медико­статистической | статистической информации |
|  | информации, вести медицинскую документацию и организовывать  деятельность находящегося  в распоряжении  медицинского персонала | ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в  распоряжении медицинского персонала |
|  | ОПК-10. Способен | ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов |
|  | участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского  вмешательства | ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование  категории  (группы)  профессиональ  ных  компетенций | Код и  наименование  профессионально й компетенции | Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции | Основание |
| Медицинская  деятельность | ПК-1. Способен к  оказанию  медицинской  помощи  населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и(или)в условиях дневного  стационара | ПК-1.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара  ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара | 02.084  Профессиональн ый стандарт - "Врач - акушер- гинеколог" |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ПК-2. Способен к  оказанию  медицинской  помощи  населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях | ПК-2.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях  ПК-2.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях  ПК-2.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях  ПК-2.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях | 02.084  Профессиональн ый стандарт - "Врач - акушер- гинеколог" |

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Физиологическое акушерство.**

**Тема 1. Прегравидарная подготовка: показания, принципы, методы. Оплодотворение, физиологические и биохимические процессы наступления беременности. Кровоснабжение и иннервация беременной матки, анатомия женского таза.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Определение понятия планирования беременности.

2. Цели и задачи планирования беременности.

3. Классификация методов контрацепции.

4. Биологические метода контрацепции.

5. Барьерные методы контрацепции.

6.Гормональные методы контрацепции

7. Противопоказания к различным видам контрацепции.

8. Предгравидарная подготовка

**Формы текущего контроля успеваемости:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Перечислите задачи планирования семьи:

1. Производство абортов;
2. Обеспечение контрацепцией;
3. Наблюдение во время беременности;
4. Гподготовка к желанной беременности;
5. Все вышеперечисленное.

2. Наиболее эффективным методом контрацепции является:

1. Оральная контрацепция;
2. Внутриматочная контрацепция;
3. Механическая контрацепция;
4. Химическая контрацепция.

3. Оптимальные методы контрацепции у нерожавших женщин:

1. Вк;
2. Гормональная контрацепция;
3. Барьерная контрацепция;
4. Влагалищная диафрагма.

4. Риск развития заболеваний, передающихся половым путем, уменьшается при использовании современных контрацептивных средств:

1. Спермицидов;
2. Влагалищной диафрагмы;
3. Комбинированных эстроген-гестагенных препаратов;
4. Презервативов.

5. Контрацептивный эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов достигается благодаря:

1. Подавлению овуляции;
2. Нарушению имплантации развивающейся бластоцисты в
3. Эндометрий;
4. Нарушению функции желтого тела;
5. Изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.

6. К трехфазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относятся:

1. Тризистон;
2. Триквилар;
3. Триовит;
4. Три-мерси;
5. Все ответы правильные.

7. Применение оральных контрацептивов дает следующие побочные эффекты:

1. Повышение аппетита и увеличение массы тела;
2. Диспептические расстройства;
3. Головную боль;
4. Межменструальные выделения;
5. Все ответы правильные.

8. Назовите механизмы контрацептивного действия вк:

1. Блокада овуляции;
2. Нарушение имплантации бластоцисты вследствие развития местных воспалительных реакций;
3. Сперматотоксическое действие;
4. Активация перистальтики маточных труб**;**
5. Разрушение рецепторов к половым стероидам в эндометрии.

9. Каковы противопоказания к введению вк:

1. Возраст старше 35 лет;
2. Воспалительные процессы гениталий;
3. Ожирение;
4. Мено- и метроррагии;
5. Анемия и заболевания крови.

10. Наиболее часто встречаемое осложнение при использовании вк:

1. Экспульсия вк;
2. Внематочная беременность;
3. Привычное невынашивание;
4. Воспалительные заболевания внутренних половых органов;

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.** К гинекологу обратилась пациентка Н., 20 лет, для выбора метода контрацепции. Какие сведения должен получить врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Эталон ответа:** узнать гинекологический анамнез; были ли роды; планирует ли пациентка в дальнейшем иметь детей. В зависимости от ответа дать рекомендации для пациентов раннего репродуктивного возраста.

**А**. Рекомендуемые методы контрацепции для нерожавших женщин:

1. Низкодозированные монофазные и многофазные КОК

2. Барьерный метод (презерватив + спермицид)

3. Двойной голландский метод (КОК + латексный презерватив)

**Б**. Рекомендуемые методы контрацепции для рожавших женщин:

1. КОК ;

2. ВМС с левоноргестрелом Мирена.

3. ВМС (медьсодержащие – Cooper-T, Multiloud-375, T-Cu380A);

4. Инъекционные препараты (комбинированные и содержащие только прогестагены);

5. Барьерные методы в сочетании со спермицидами;

6. Подкожные импланты;

7. Оральные прогестагенные контрацептивы (мини-пили)

**Задача № 2**

К гинекологу обратилась пациентка для выбора метода контрацепции. Возраст пациентки 35 лет, в анамнезе 2 нормальных родов. Какие вопросы должен задать ей врач, и какой метод контрацепции можно рекомендовать?

**Эталон ответа:** узнать гинекологический анамнез, планирует ли пациентка в дальнейшем иметь детей. В зависимости от ответа дать рекомендации для пациенток позднего репродуктивного возраста.

**Рекомендуемые методы контрацепции:**

1. Низкодозированные КОК, не оказывающие влияния на метаболические процессы: Логест, Жанин, Ярина, Мерсилон, Новинет, Мирелль\

2. ВМС с левоноргестрелом Мирена\

3. Инъекционные препараты и подкожные импланты, содержащие только прогестаген.

4. Мини-пили.

5. ВМС

6. ДХС.

7. Барьерные (в сочетании со спермицидами) и ритмический методы.

**Тема 2.**  **Физиологические изменения в организме беременной. Течение беременности по триместрам.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Физиологические изменения сердечно-сосудистой системы,

2.Физиологические изменения дыхательной системы,

3. Физиологические изменения  системы пищеварения, мочевыделительной системы, гемостаза.

4. Физиологические изменения системы гемостаза, осмоляльности крови

5. Физиологические изменения в организме  женщины по триместрам беременности

6.Функция плаценты, плацентарный барьер

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки - это:

1) членорасположение,

2) вид,

3) предлежание,

4) позиция,

5) вставление.

2. Выбрать все правильные ответы.

К общим методам обследования беременных относятся:

1) перкуссия

2) влагалищное исследование

3) УЗИ

4) опрос

5) осмотр

3.Установить правильную последовательность

Установите алгоритм действий врача при доношенной беременности:

1) определение акушерской тактики

2) специальные методы исследования

3) общие методы исследования

4) установление клинического диагноза

5) дополнительные методы исследования

Эталон ответа: 3,2,5,4,1

4. Установить соответствие

Установите соответствие между размерами плоскости входа в малый таз и их цифровыми значениями.

Название размера: Величина размера:

1. прямой а) 13,5 см

2. косой б) 12 см

3. поперечный в) 11 см

Эталон ответа: 1в, 2б, 3а

5.Соотношение длины шейки матки к длине тела матки в репродуктивном возрасте по данным ультразвукового исследования:

1) l:2

2) 1:1

3) 1:3

4) 1:4

**Задача №1**.

Назовите виды тестов, дающие информацию о готовности организма к родам.

**Ответ:**

1. Вегетативный тест - у женщины должна преобладать активность симпатической нервной системы.
2. Шеечный тест : определяется при влагалищном исследовании. Шейка незрелая : длина до 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев закрыт. Зрелая шейка: укороченная, мягкая, находится в центре таза, наружный зев пропускает палец или кончик пальца, а через своды можно прощупать предлежащую часть (головку).
3. Окситоциновый тест: определяют чувствительность матки к экзогенному окситоцину; вводят внутривенно толчкообразно, в 1 мин 1 мл раствора содержащего 0,01 ЕД окситоцина. Для получения этой концентрации нужно 1 мл из ампулы (содержит 5 ЕД) растворяют в 400 мл глюкозы. Увеличивать концентрацию нельзя, так как может быть выкидыш. Делаем кардиотахограмму : если матка сократилась на 1-3 мин (“+”тест) - матка чувствительна и организм готов к родам.
4. Кольпоцитологический тест : для определения готовности организма к родам изучают клетки влагалища.

**Тема 3. Диагностика беременности. Динамическое наблюдение беременных в женской консультации. Психопрофилактическая подготовка к родам.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ - исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

5. Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки - это:

1) членорасположение,

2) вид,

3) предлежание,

4) позиция,

5) вставление.

2. Выбрать все правильные ответы.

К общим методам обследования беременных относятся:

1) перкуссия

2) влагалищное исследование

3) УЗИ

4) опрос

5) осмотр

3.Установить правильную последовательность

Установите алгоритм действий врача при доношенной беременности:

1) определение акушерской тактики

2) специальные методы исследования

3) общие методы исследования

4) установление клинического диагноза

5) дополнительные методы исследования

Эталон ответа: 3,2,5,4,1

4. Установить соответствие

Установите соответствие между размерами плоскости входа в малый таз и их цифровыми значениями.

Название размера: Величина размера:

1. прямой а) 13,5 см

2. косой б) 12 см

3. поперечный в) 11 см

Эталон ответа: 1в, 2б, 3а

5.Соотношение длины шейки матки к длине тела матки в репродуктивном возрасте по данным ультразвукового исследования:

1) l:2

2) 1:1

3) 1:3

4) 1:4

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-0), установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.  
1. Сформулируйте клинический диагноз.  
2. Назовите причины тазового предлежания плода.  
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные.  
4. Окажите неотложную помощь.  
5. Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.  
**Эталон ответа.** 1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода  
2. Причинами тазового предлежания плода являются:  
- сужение таза, аномальная форма таза  
- пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой)  
- чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)  
- многоводие или маловодие  
- многоплодная беременность  
- новообразование внутренних половых органов (миоматозные узы, опухоли придатков)  
- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)  
- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)  
- короткая пуповина  
- синдром задержки роста плода.  
3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:  
- урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.  
- при PV обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.  
Предлежание пуповины – ситуация, когда петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре, а выпадение пуповины — при отсутствии плодного пузыря.  
Причинами, вызвавшими выпадение петель пуповины послужили:  
- неправильное положение плода/отсутствие достаточной фиксации тазового конца плода в плоскости входа в малый таз  
-ранняя амниотомия  
При влагалищном исследовании в случае предлежания пуповины при целом плодном пузыре предлежащую петлю пуповины можно прощупать в виде извитого гладкого, скользкого канатика, толщиной приблизительно с мизинец, дающего ощущение пульсации.  
При излившихся водах распознать выпавшую петлю ещё легче – она располагается во влагалище или вне его.  
4. При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения  
Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.  
Тщательно следить за ЧСС плода (подключить КТГ, если это возможно) и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.  
5. При тазовом предлежании плода: В родах избегать ранних амниотомий. При выполнении амниотомии на фоне многоводия соблюдать ряд правил: вскрывать эксцентрично, вне схваток, перфорационное отверстие не расширять до излития достаточного количества вод, женщина должна лежать до тех пор, пока головка не прижмется плотно к входу в малый таз.  
При тазовом предлежании пациентке следует рекомендовать до излития околоплодных вод в первом периоде родов пребывание в положении преимущественно лёжа на боку.

**Тема 4.** **Фетоплацентарный комплекс (ФПК): формирование и морфология плаценты, кровообращение в различных структурах ФПК, эндокринная, иммунная, обменная функция плаценты.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Нидация, плацентация, органогенез

2.Формирование плаценты (инвазия трофобласта)

   3.Морфология плацентарного комплекса

   4.Маточно-плацентарно-плодовый кровоток

5.Основные функции плаценты

6.Ультразвуковая характеристика фето-плацентарного комплекса

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Для какой степени зрелости характерно данное утверждение: 30 по 34 неделю беременности. В этот период плацента перестает расти, ее ткани утолщаются. Это ответственный период, когда любые отклонения могут представлять опасность для здоровья плода.

1) Степень зрелости плаценты 0

2) Степень зрелости плаценты 1

3) Степень зрелости плаценты 2

4) Степень зрелости плаценты 3

2.Объем амниотической жидкости составляет:

1)300-400 мл

2)500-600 мл

3)1000-1500 мл

4)2000-3000 мл

3.Нормальная пуповина новорожденного содержит:

1) две вены и одну артерию

2) две артерии и одну вену

3) сеть капилляров и рудименты аллантоиса и желточного мешка

4) две артерии, одну вену, рудименты аллантоиса и желточного мешка

4.Выберите неверное утверждение:

1) ворсины хориона внедряются в лакунарные сосуды эндометрия

2) кровеносная система плода отделена от крови матери только структурными элементами хориальных

ворсин

3)большинство ворсин хориона проникают в миометрий, где имеются наиболее крупные кровеносные сосуды

4) Плацента освобождает организм плода от катаболитов, накапливающихся в его крови

5. Тип плаценты человека:

1) эпителиохориальный

2) десмохориальный

3) гемохориальный

4) вазохориальный

**Задача №1**

Повторнородящая (Б-2), 30 лет, с умеренной преэклампсией находится в первом периоде родов; при влагалищном исследовании, проведенном час назад, найдено открытие 3 см. Размеры таза нормальные. Размеры плода средние, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер. При осмотре: АД 120/70, пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, тонус матки резко повышен, матка плотная при пальпации, правильной формы, не расслабляется. Части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища выделений нет.  
1. Сформулируйте клинический диагноз.  
2. Назовите предрасполагающие факторы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.  
3. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз. Дайте понятие ПОНРП.  
4. Составьте план ведения. Окажите неотложную помощь  
5. Укажите качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери.  
**Эталон ответа:** 1. Клинический диагноз: II срочные роды, I период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Умеренная преэклампсия.  
2. К предрасполагающим факторам ПОНРП можно отнести следующие состояния:  
· Во время беременности:  
-сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты);  
-эндокринопатии (СД);  
-аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);  
-аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;  
-преэклампсия, особенно на фоне гломерулонефрита;  
-инфекционно-аллергические васкулиты;  
-генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.  
· Во время родов:  
-излитие ОВ при многоводии;  
-гиперстимуляция матки окситоцином;  
-рождение первого плода при многоплодии;  
-короткая пуповина;  
-запоздалый разрыв плодного пузыря.  
Возможна насильственная отслойка плаценты в результате падения и травмы, наружных акушерских поворотов, амниоцентеза.  
3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:  
- умеренная преэклампсия  
-резкая боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер  
-тонус матки резко повышен, матка плотная на ощупь, правильной формы, не расслабляется  
-части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается.  
-сердцебиение плода не выслушивается.  
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — отслойка плаценты до рождения плода (во  
время беременности, в первом и во втором периодах родов).  
4. Мобилизация второй вены, катетеризация мочевого пузыря, ингаляция кислорода, ОАК, коагулограмма. Вызвать анестезиолога. Кесарево сечение в экстренном порядке.

5. Качественный и количественный состав инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объёма кровопотери:  
-Начать инфузию раствора Рингер-лактат (или физиологический рас-твор, раствор Хартмана или подобный кристаллоидный раствор). Скорость введения определяется объемом кровопотери и состоянием гемодинамики пациентки: чем больше объем, ниже уровень артериального давления и выше тахикардия, тем больше скорость введения (от 50–100 до 300– 400 мл/мин). Далее выбор раствора для инфузии и скорость введения определяются в зависимости от развития клинической ситуации. Растворы вливать теплыми.  
- Компоненты крови для трансфузии (эритроцитарную массу – 2 дозы при кровопотере более 1000мл и 4 дозы при кровопотере более 1500мл; СЗП – при коагулопатии или кровопотере более 1000мл в объеме 15-20мл/кг массы тела пациентки).  
- При нарушении свертывания крови:  
в дополнение к внутривенному введению транексамовой кислоты (2–4 ампулы=500–1000 мг, в зависимости от массы тела пациентки из рас- чета 15 мг/кг) - начать инфузию свежезамороженной плазмы (15–30 мл/кг). По мере поступления лабораторных данных и динамики клинической картины (остановка или, напротив, продолжение кровотечения), а также других симптомов (по данным тромбоэластограммы, коагулограммы) – коррекция гипокоагуляционной коагулопатии с использованием:  
- криопреципитата 1 доза на 10 кг веса при снижении фибриногена менее 1 г/л  
- протромплекса 600 из расчета 50 МЕ/кг веса  
– при продолжающемся кровотечении на фоне дефицита факторов протромбинового комплекса - тромбоконцентрата из расчета 1–2 дозы тромбоконцентрата на 10 кг массы тела или 1 доза тромбомассы на 10 кг веса  
– если уровень тромбоцитов менее 50х109 /л. 40 - активированного VII фактора свертывания крови 90 мкг/кг – при массивном, жизнеугрожающем кровотечении, неподдающемся вышеперечислен-ным мерам купирования. Оптимальные условия эффективности: тромбоциты>50х109 /л, фибриноген>0,5 г/л, рН>7,2.

**Тема 5. Ведение нормальных родов (протокол). Партограмма. Мониторинг плода. Физиология последового периода. Профилактика кровотечения.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Предвестники родов, оценка степени зрелости шейки матки.

2. Современные представления о причинах наступления родов.

3. Изменения матки во время родов, понятие о координированной родовой деятельности

4. Понятие о биомеханизме родов, механизм родов при переднем, заднем  виде затылочного вставления.

5. Клиническое течение  родов в периоде раскрытия шейки матки, фазы раскрытия шейки матки.

6. Клиническое течение родов в период изгнания.

7. Определение состояния новорожденного по шкале Апгар

8. Первый туалет новорожденного.

9. Клиническое течение родов в последовый период, механизмы отделения плаценты.

10. Профилактика кровотечения

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Биомеханизм родов это:

1) совокупность движений плода по родовому каналу

2) врезывание головки плода

3) поворот плода «на ножку»

4) внутренний поворот головки.

2.Срочные (своевременные роды) – это роды на сроке:

1) 32–34 недели

2) 35–37 недель

3) 38-40 недель

4) 41-42 недели.

3. Раскрытию шейки матки способствуют:

1) накопление гормонов

2) отхождение околоплодных вод

3) перерастяжение мышц матки

4) «истинные схватки и плодный пузырь.

4. Полным считается открытие шейки матки на:

1) 10-12 см

2) 18-20 см

3) 6 - 9 см

4) 4 - 5 см.

5. Нормой считается следующее количество сердцебиений плода в минуту:

1) 120-140

2) 160-180

3) 100-110

4) 50-70.

6. Признаками начала первого периода родов считают:

1) регулярную родовую деятельность

2) излитие околоплодных вод

3) полное раскрытие шейки матки

4) рождение плода.

7. Проводной точкой плода при прохождении через родовые пути матери является(при переднем виде затылочного предлежания):

1) малый родничок

2) большой родничок

3) подбородок

4) подзатылочная ямка.

8. Для нормального течения второго периода родов характерно:

1) излитие передних околоплодных вод

2) динамика раскрытия шейки матки

3) продвижение головки плода по плоскости малого таза

4) рождение плода.

9. К признакам отделения последа относится:

1) кровотечение из половых путей

2) излитие околоводных вод

3) удлинение наружного отрезка пуповины

4) появление схваток.

10. Послед состоит из:

1) оболочек, пуповины, плаценты

2) плаценты и околоплодных вод

3) пуповины и децидуальных оболочек

4) пуповины, децидуальных оболочек и околоплодных вод.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

Пациентка 32 лет, соматически здоровая. Роды при доношенной беременности, продолжавшиеся 17,5 час. закончились рождением мертвого мацерированного плода. На вторые сутки после родов t — 37,8., в последующие 5 дней — в пределах нормы, далее субфебрильная. PS — 110-120 удар/мин. На 8 сутки послеродового периода выставлен диагноз: субинволюция матки. При влагалищном исследовании: справа у стенки таза — небольшой плоский, плотный инфильтрат, умеренно болезненный. Назначены сокращающие матку средства, антибиотики.

На 2 сутки после начала лечения (на 10 сутки после родов) после подъема с постели: тахикардия — 120 удар/мин, одышка, боли в груди, цианоз лица.

Диагноз. Тактика ведения.

**Эталон ответа:** Послеродовой эндометрит. Тромбофлебит глубоких вен таза. Тромбоэмболия легочной артерии.

Тромбоз вен яичникового сплетения. Эмболия легочной артерии.

**Тема 6. Физиология послеродового и неонатального периода. Механизмы лактации. Поддержка грудного вскармливания.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятия о физиологическом послеродовом периоде и его продолжительности.

2. Инволюция матки и характер послеродовых лохий.

3. Изменения функции молочных желёз после родов. Состав женского молока. Значение грудного вскармливания для физиологического течения послеродового и неонатального периодов.

4.Изменения, происходящие в различных органах и системах организма  родильницы.

5. Современные принципы ведения послеродового периода .

6.Современные перинатальные технологии и принципы ведения периода новорожденности.

7.Понятие о группах новорожденных и периодах новорожденности.

8.Особенности органов и систем новорожденного. Понятие о парафизиологических состояниях новорожденного

9.Критерии и сроки выписки родильницы и новорожденного из стационара.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Какова продолжительность послеродового периода?

А) 7 дней

Б) 14 дней

В) 21 день

Г) 42 дня

Д) 49 дней

2. Характер лохий на 10 день:

А) кровянистые

Б) серозно-сукровичные

В) серозные

Г) гнойные

Д) водянистые

3. Высота стояния дна матки на 1-е сутки после родов:

А) на уровне пупка

Б) на 2 пальца выше пупка

В) на 2 пальца ниже пупка

Г) на середине расстояния между пупком и лоном

Д) на 1 палец ниже пупка

4. Цервикальный канал на 10-е утки после родов:

А) проходим для одного пальца

Б) проходим для 2-х пальцев

В) закрыт

Г) проходим до области внутреннего зева

Д) проходим для кисти руки

5. Форма шейки матки после родов:

А) коническая

Б) цилиндрическая

В) сферическая

Г) триугольная

Д) бочкообразная

6. Эпителизация плацентарной площадки заканчивается к концу:

А) 1-й недели

Б) 2-й недели

В) 3-й недели

Г) 4-й недели

Д) 6-й недели

7. Сolostrum – это:

А) первая менструация

Б) переходное молоко

В) зрелое молоко

Г) молозиво

Д) пушковый волос

8. Механизм действия метода лактационной аменореи:

А) усиление перистальтики маточных труб

Б) инактивирование сперматозоидов

В) подавление овуляции

Г) предотвращение попадания эякулята в женские половые пути

Д) изменение содержания энзимов в эндометрии

9. Одно из преимуществ метода лактационной аменореи:

А) кратковременность

Б) отсутствие защиты от ЗППП

В) профилактика послеродового кровотечения

Г) необходимость следования правилам грудного вскармливания

Д) низкая контрацептивная эффективность

10. Секрецию пролактина стимулирует:

А) прием мини-пили

Б) прием комбинированных оральных контрацептивов

В) наружный массаж матки после родов

Г) частое мочеиспускание

Д) акт сосания молочных желез ребенком

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилак- тического осмотра. Жалоб нет.  
ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации по 5–6 дней через 24– 25 дней. Родов — 2, путем операции кесарева сечения. Грудное вскармли- вание около 10 месяцев. Наследственный анамнез отягощен: мать опери- рована по поводу рака молочной железы.  
ОБЪЕКТИВНО: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется безболезненное уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и под Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилак- тического осмотра. Жалоб нет.  
ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации по 5–6 дней через 24– 25 дней. Родов — 2, путем операции кесарева сечения. Грудное вскармли- вание около 10 месяцев. Наследственный анамнез отягощен: мать опери- рована по поводу рака молочной железы.  
ОБЪЕКТИВНО: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется безболезненное уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и под Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилак- тического осмотра. Жалоб нет.  
ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации по 5–6 дней через 24– 25 дней. Родов — 2, путем операции кесарева сечения. Грудное вскармли- вание около 10 месяцев. Наследственный анамнез отягощен: мать опери- рована по поводу рака молочной железы.  
ОБЪЕКТИВНО: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется безболезненное уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и под ключичные лимфатические узлы не увеличены. Наблюдаются светло- серые выделения из сосков при надавливании.  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах сли- зистая влагалища обычной окраски, выделения слизистые умеренные. При бимануальном исследовании тело матки обычных размеров, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезнен- ные. Своды влагалища свободные.  
Вопрос 1. Какие факторы риска патологии молочной железы можно выделить у данной пациентки?  
Вопрос 2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?  
Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?  
**Эталон ответа:** 1. Генетическая предрасположенность.  
2. Определение мутации в генах-супрессорах опухолевого роста BRCA1, BRCA2. Рентгеновская маммография. Пункционная биопсия с последующим гистологическим исследо- ванием. Консультация онколога-маммолога.  
3. Секторальная резекция левой молочной железы.

**Тема 7. Методы профилактики госпитальной инфекции в акушерстве и неонатологии.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Санэпидрежим в родильном отделении

2.Санэпидрежим в послеродовом отделении

3.Санэпидрежим в реанимационном отделении взрослом и новорожденных детей

4.Контроль санэпидрежима в акушерском стационаре

5. Показания для госптализации в обсервационное отделение

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Послеродовый мастит

1. рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией

2. чаще встречается у повторнородящих

3. развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции

2. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:

1) золотистым стафилококком

2) грамотрицательной флорой

3) анаэробами

4) ассоциацией микроорганизмов

5) ничем из перечисленных

3. Для профилактики внутрибольничных инфекций выписка из родильного дома здорового новорожденного до отпадения пуповины:

1. разрешается по желанию матери

2. рекомендуется

3. запрещается

4. Санитарно-противоэпидемический режим акушерских стационаров регламентируется приказом МЗ РФ:

1. №55

2. №170

3. №345

4. №408

5. №430

5. Возможные пути передачи синегнойной инфекции в госпитальных условиях все, кроме

1. пищевой

2. аппаратный

3. инструментальный

4. контактный

6. Необследованные женщины должны поступать на роды в:

1. обсервационное отделение роддома

2. предродовые палаты

3. физиологическое отделение роддома

4. специализированный стационар

**Решение ситуационных задач.**

**Задача №1.**

В акушерском стационаре зарегистрирован случай краснухи у родильницы М. Больная находилась в течение суток в отделении патологии беременных, затем поступила в родовое отделение. В послеродовом отделении больная находилась в двухместной палате Мать и Дитя, где на 2 сутки пребывания появилась клиника заболевания.

Вопросы  
1. Какая информация, куда ив какие сроки об этой пациентке должна быть передана  
2. Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены  
3. Какому лабораторному обследованию подлежат беременные женщины, находившиеся в очаге краснушной инфекции  
4. Какова тактика, если при первом обследовании у контактной беременной из очага выявлены специфические IgG при отсутствии М к возбудителю краснушной инфекции  
5. Какова тактика, если при первом обследовании в крови у контактной беременной в очаге обнаружены специфические Ми антитела к возбудителю краснушной инфекции

**Эталон ответа:**  
1. В течение 2 часов необходимо сообщить о случае краснухи у родильницы по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор Методический центр аккредитации специалистов\_МПД\_2018 181 на территории, где выявлен случай заболевания.

2. Изолировать родильницу в отдельный бокс до перевода в инфекционную больницу. Изолировать новорожденного в отдельный бокс до выписки (новорожденный от матери больной краснухой считается контактным в течение года).

Наложить карантин на акушерский стационар сроком на 21 день от момента изоляции больной. Составить списки контактных пациентов и персонала, уточнить их прививочный и инфекционный анамнез в отношении краснухи.

Организовать и провести обследование беременных на наличие антител к вирусу краснухи.

Организовать максимальную выписку лиц, не болевших краснухой, с указанием в выписке наличия контакта с больной краснухой.

За лицами, общавшимися с больной, не привитыми и не болевшими, установить медицинское наблюдение на 21 день.

3. Беременные женщины, находившиеся в очаге краснушной инфекции, подлежат динамическому серологическому обследованию на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врождѐнных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно с взятием крови у первой больной в очаге.

4. В случае, если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgМ к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10-14 дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgМ к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят.

5. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgМ и IgG антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10-14 дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидностиIgG антител. При подтверждении диагноза (положительные IgМ антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидностиIgG), решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

**Тема 8. Контрацепция в послеродовом периоде.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Продолжительность лактационной аменореи

2.Восстановление фертильности после родов

3.Обследование родильницы для назначения контрацепции.

4.Подбор контрацепции в период лактации

5.Противопоказания к гормональной лактационной контрацепции

6.Осложнения и побочные эффекты контрацептивов

7. Сроки назначения контрацепции

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1 Методы контрацепции в послеродовом периоде при наличии лактации все, кроме:

а) Метод лактационной аменореи

б) Прогестагенсодержащие препараты (мини-пили, Чарозетта, Мирена)

в) Барьерные методы в сочетании со спермицидами

г) Комбинированные оральные контрацептивы

2. У повторнобеременной первородящей женщины произошли преждевременные роды мертвым плодом. Перед выпиской из стационара проведено обследование Нв 98 г/л, Эритроцитов 3х1012/л, Лейкоцитов 6,8х10 9/л, СОЭ 18 мм/час; Анализ мочи удельный вес 1020, Л 2-3 в п/зр. Оптимальным средством контрацепции для пациентки является//

а) ВМС

б) КОК

в) Чистые гестагены

г) Барьерные средства

 3. Женщина 30 лет, в анамнезе 3 родов, 2 аборта, последняя беременность 3 месяца назад - срочные роды с тяжелымгестозом. В настоящее время кормит ребенка грудью. Оптимальным методом контрацепции в данном случае является: //

а) метод лактационной аменореи

б) комбинированные оральные контрацептивы //

в) внутриматочный контрацептив //

г) методы естественного планирования семьи //

д) презерватив

4. Женщине 30 лет, в анамнезе 3 родов, 2 аборта, последняя беременность 3 месяца назад – срочные роды с тяжелымгестозом. В настоящее время кормит ребенка грудью. Срок использования данного метода контрацепции:

а) 6 месяцев

б) 1 год

в) 3 года

г) 5 лет

д) 10 лет

5. Наиболее приемлемый метод контрацепции у кормящей женщины:

а) марвелон

б) постинор

в) презервативы

г) триквилар

д) прерванное половое сношение

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

Больная 28 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, больше справа, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней на фоне задержки менструации в течение 7 дней. Боли возникли 4 часа назад, за последний час усилились.

Специальный анамнез:  менструации с 14 лет, по 5 - 6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние менструации с задержкой на 7 дней в виде мажущих кровянистых выделений в течение 10 дней.

Половая жизнь с 18 лет. В анамнезе две беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – искусственным абортом в сроке 8 недель, без осложнений. В течение последнего года контрацепция  при помощи ВМС.  Неоднократно проходила стационарное лечение по поводу хронического аднексита.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, слизистые чистые, язык влажный. АД 120/80 мм.рт. ст. РS  86 в минуту, ритмичный, температура тела 37.1 С.

Живот при пальпации мягкий, чувствительный в нижних отделах, больше в правой подвздошной области,  симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

В зеркалах: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки несколько цианотична, из наружного зева цервикального канала определяются  нити ВМС. Выделения темные, мажущие, умеренные.

Бимануально: тело матки несколько увеличено, мягковатой консистенции,  подвижное, безболезненное при пальпации. Слева придатки не определяются, в области их - тяжистость, чувсвительная при пальпации. Справа придатки тестоватой консистенции, без четких контуров, болезненные при пальпации. Задний свод несколько уплощен, пальпация его чувствительна.

 Вопросы.

1.     Диагноз.

2.     Дополнительное обследование.

3.     Тактика  врача.

**Эталон ответа:**

1.     Диагноз: правосторонняя внематочная беременность на фоне ВМС. Отягощенный гинекологический анамнез.

2.     Дополнительные методы обследования:

·         Ультразвуковое исследование органов малого таза.

·         Анализ крови на хорионический гонадотропин человеческий.

·         Анализ крови на группу и Rh фактор, RW, ВИЧ, HBs.

·         Анализ крови общий.

·         Анализ крови биохимический.

·         Общий анализ мочи.

·         Мазки на влагалищную флору.

3.     Тактика врача. Больной показано удаление ВМС и оперативное лечение путем лапароскопии, при возможности – сохранение маточной трубы. В послеоперационном периоде - рекомендации по контрацепции и проверке проходимости маточных труб. В данной ситуации оптимальным будет назначение комбинированных оральных контрацептивов. Предпочтение отдать низко - или микродозированным однофазным  препаратам    (марвелон, ярина, логест и др.), которые она может принимать до времени наступления желательной беременности.

**Модуль 2. Патологическое и оперативное акушерство.**

**Тема 1.** **Фетоплацентарная недостаточность: этиология, клинические проявления, морфология плаценты, диагностика, тактика Невынашивание и недонашивание беременности: причины, клиника, классификация, коррекция.**

**Вопросы для самоподготовки обучающихся:**

1. Этиология, терминология ФПН

2.Клинико-биохимическая характеристика, морфология ФПН

3.Диагностика ФПН

4.Фармакопрофилактика и фармакотерапия ФПН

5.Акушерская тактика в зависимости от выраженности ФПН

6.Порядок оказания акушерско–гинекологической помощи пациенткам с угрозой прерывания беременности.

7.Классификация

8..Этиопатогенез невынашиванния беременности

9.Профилактика и лечение невынашивания беременности

10.Прегравидарная подготовка пациенток с привычнымневынашивакнием.

11.Преждевременные роды. Причины. Классификация.

12.Прогнозирование наступления преждевременных родов.Пролонгирование беременности показания и противопоказания к токолизу. Виды токолиза. Профилактика РДСН.

13. Методы родоразрешения .

13 Тактика при ПРПО. Антибиотикопрофилактика хорионамнионита.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. При компенсированной форме фетотацентарной недостаточности по данным эхографии выявлено: опережение степени зрелости плаценты гестационного срока, наличие множественных гиперэхогенных включений в структуре плаценты, утолщение базальной пластины; по данным допплерографии: отмечено снижение фетоплацентарного кровотока при нормальных показателях маточно-плацентарного кровотока. В рамках терапии фетотацентарной недостаточности при сложившейся ситуации первостепенными направлениями лечебных мероприятий являются

1 улучшение метаболических и обменных процессов в плаценте

2 оптимизация процессов микроциркуляции

3 интенсификация маточно-плацентарного кровообращения

4 всё перечисленное верно

2. Патологические изменения, которые происходят при фетоплацентарной недостаточности (ФПН) приводят

1 к ограничению газообмена и метаболизма в фетоплацентарном комплексе

2 к нарушению процессов созревания плаценты

3 к снижению синтеза и дисбалансу гормонов плаценты и их предшественников материнского и плодового происхождения

4 всё перечисленноеверно

3. Причины невынашивания беременности:

1 антифосфолипидный синдром

2 наличие антител к хорионическому гонадотропину

3 нарушение функции щитовидной железы

4 вирилизирующая дисфункция коры надпочечников (АГС)

4. Невынашивание беременности, обусловленноеаутоимунными процессами, сопровождается:

1 низким прикреплением плаценты

2 аномалиями развития плаценты

3 нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева

4 снижением массы тела плода

5. Причинами невынашивания в I триместре беременности являются:

1 хромосомные аномалии

2 гормональные нарушения

3 иммунологические факторы

4 перезревание яйцеклетки

6. К причинам невынашивания беременности во II триместре относят:

1 хромосомные нарушения

2 миома матки

3 изосенсебилизация

4 истмико-цервикальная недостаточность

7. Какое нарушение менструальной функции наиболее часто является причиной невынашивания?

1 недостаточность 1 фазы менструального цикла

2 недостаточность 2 фазы менструального цикла

3 ановуляция

4 гиперполименорея

8. Метод родоразрешения при неполном предлежании плаценты, кровотечении из родовых путей до 200 мл и открытии маточного зева на 5-6 см:

1 через естественные родовые пути с раннейамниотомией и родостимуляцией

2 через естественные родовые пути с гемотрансфузией

3 через естественные родовые пути с раннейамниотомией

4 путем кесаревасечения

9.Метод родоразрешения при ножном предлежании доношенного плода средних размеров и выявлении хронической гипоксии:

1 амниотомия и стимуляция родовой деятельности простагландинами

2 роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец

3 роды через естественные родовые пути с применением перидуральной анестезии

4 кесарево сечение

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

У пациентки 36 недель беременности. Течение беременности осложнено длительной угрозой прерывания. При ультразвуковом исследовании выявлено: размеры головки и бедра плода соответствуют 36 неделям гестации, размеры живота плода – 32-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке матки, III степени зрелости, с множественными петрификатами, 2,5 см толщиной. Выявлено снижение количества околоплодных вод. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 9 баллов. Показатели допплерометрии в системе мать-плацента-плод в норме.

Диагноз

Тактика ведения

**Эталон ответа.** Беременность 36 нед. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма.

Госпитализация, пролонгирование беременности до 37 нед (плод чувствует себя нормально), динамическое наблюдение. При удовлетворительном состоянии плода – роды через естественные родовые пути. Если ухудшение состояния плода– Кесарево сечение

**Задача №2**

У пациентки беременность осложнена длительно текущей угрозой прерывания. В сроке 36 недель беременности при ультразвуковом исследовании выявлено: бипариетальный размер головки и длина бедренной кости плода соответствуют 36 недельному сроку беременности, размеры животика плода – 33-34 неделям. Плацента расположена на задней стенке, III степени зрелости, с выраженными петрификатами, 2,2 см толщиной. Количество околоплодных вод снижено. Сердцебиение определяется. Оценка биофизического профиля плода составляет 5 баллов.

Диагноз

Тактика ведения

**Эталон ответа.** Беременность 36 нед. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка роста плода (ВЗРП), асимметричная форма. Острая гипоксия плода на фоне хронической. Кесарево сечение.

**Тема 2. Преэклампсия, эклампсия: этиология, патогенез, диагностика, тактика, осложнения.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Понятие о преэклампсии.

2. Патогенез преэклампсии. Причины развития генерализованногоспазма,гиповолемии, гипопротеинемии, гипокалиемии, анемии, отеков, ДВС.

3. Возможные морфологические изменения в органах и тканях при преэклампсии (кровоизлияние, отек, некротические изменения).

4. Фоновые заболевания, предресполагающие к развитию преэклампсии . Группы риска среди беременных.

5. Клиника  умеренной  и тяжёлой преэклампсии, (методы обязательного обследования с целью диагностики гестоза и оценки тяжести его (лабораторные исследования крови, мочи, исследование функции почек, печени, головного мозга, маточно-плацентарного кровообращения и т.д.)

6. Принципы лечения умереннойпреэклампсии. Оказание неотложной помощи при  тяжёлой преэклампсии и эклампсии, особенности на догоспитальном этапе.

7. Методы родоразрешения: особенности ведения родов через естественные родовые пути (обезболивание, гипотензивная терапия, исключение потужного периода).

8. Влияние преэклампсии на плод и новорожденного.

9. Особенности диспансеризации беременных из группы риска по развитию преэклампсии.  Профилактика преэклампсии.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. В первом периоде родов у беременных с преэклампсией необходимо предусмотреть:

1) Эпидуральную анестезию

2) Спазмолитики

3) Магния сульфат

4) Нейролептики

5) Анальгетики

2.. Основные клинические признаки преэклампсии:

1) Артериальная гипертензия

2) Отеки

3) Артериальная гипертензия +отеки

4) Протеинурия

5) Артериальная гипертензия +протеинурия

3. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:

1) Преэклампсия легкой степени

2) Хроническая гипоксия плода

3) Предлежание плаценты

4) Преэклампсия тяжелой степени

5) Фетоплацентарная недостаточность

4.. Методом выбора противосудорожной терапии при гипертензиях беременных является:

1) Магнезиальная терапия

2) Спазмолитическая терапия

3) Гипотензивная терапия

4) Диуретическая терапия

5) Анальгетическая терапия

5. Какой уровень систолического АД поддерживается при проведении гипотензивной терапии у беременных с преэклампсией:

1. 110/70 мм рт.ст.

2. 120/80 мм рт.ст.

3. 130/90 мм рт.ст.

4. 150/100 мм рт.ст.

5. 160/100 мм рт.ст.

6. К гипертензии беременных относят:

1) Повышение артериального давления выше 140\90 мм.рт.ст.

2) Повышение артериального давления выше 130\80 мм.рт.ст.

3) Среднее артериальное давление выше 90 мм.рт.ст.

4) Систолическое давление повышается на 15% от исходного

5) Диастолическое давление повышается на 10% от исходного

7. Беременная 24-х лет обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области. При осмотре: Беременность 31-32 недели. АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях. Моча при кипячении мутная. Ваш диагноз:

1) Беременность 31-32 недель. Гестационная гипертензия

2) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия легкой степени

3) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия средней степени.

4) Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени.

5) Беременность 31-32 недель. Эклампсия

**Ситуационные задачи:**

**Задача № 1.**

Роженица К., 22 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. Во время беременности женскую консультацию посещала нерегулярно. При последнем посещении консультации в 38 недель отмечены повышение АД до 135/95 - 140/95 мм рт. ст., пастозность голеней. От госпитализации отказалась. В родильный дом женщина доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 39-40 недель с жалобами на боли в области затылка, лба, надчревной области, понижение зрения. При осмотре отмечаются одутловатость лица, массивные отеки конечностей, передней брюшной стенки, в области поясницы. АД 140/95 - 155/90 мм рт. ст., пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка в состоянии нормального тонуса, ВДМ - 35 см, ОЖ - 101 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. 6 В общем анализе мочи белок 1,0 г/л.

Диагноз.

Тактика.

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды I срочные. I период родов. Преэклампсия тяжелая. Задержка роста плода. Тактика. Госпитализация в отделении реанимации, стабилизация состояния путем проведения базовой терапии преэклампсии (противосудорожная терапия сульфатом магния, антигипертензивная терапия, инфузионная терапия), непрерывный мониторинг состояния матери и плода, родоразрешение после стабилизации состояния в течение 6-24 ч.

**Задача № 2**

В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 38-39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности. Из анамнеза: с 36 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. При осмотре отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура - 37,00 С, пульс – 94 удара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст. 7 Общий анализ мочи: белок 2,0 г/л. Вскоре после поступления начались потуги по 30-35 секунд через 3-4 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Диагноз.

Тактика

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 38-39 недель. Роды I срочные, II период родов. Эклампсия в родах. Тактика. Кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная терапия, антигипертензивная, инфузионная терапия, экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

**Задача № 3**

Беременная 30 лет доставлена в родильный дом машиной скорой помощи в связи с припадком судорог, с затемненным сознанием. Беременность 38 недель, страдает гипертонической болезнью. Накануне болела голова, были тошнота, рвота. Ноги отечны.

Диагноз.

Тактика.

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 38 недель (266 дней). Хроническая артериальная гипертензия. Эклампсия во время беременности (период разрешения припадка). Тактика. Ингаляция кислорода (несколько вдохов), кратковременный ингаляционный наркоз фторотаном для катетеризации периферической вены, мочевого пузыря, противосудорожная, антигипертензивная, инфузионная терапия, интубация трахеи, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, продолжение интенсивной терапии в послеродовом периоде.

**Тема 3. Кровотечения во время беременности: этиология, патогенез, диагностика, тактика, осложнения.**

**Вопросы для самоподготовки обучающихся:**

1 Физиологические особенности расположения плаценты.

2. Определение понятия предлежания плаценты, частота встречаемости.

Этиология и патогенез предлежания плаценты.

3. Классификация предлежания плаценты.

4. Понятие миграции плаценты.

5. Особенности клинической картины предлежания плаценты.

6. Возможные осложнения течения беременности и родов.

7. Диагностика предлежания плаценты во время беременности и в родах.

8. Дифференциальная диагностика предлежания плаценты

9. Тактика ведения пациенток с предлежанием плаценты в женской

консультации.

10 Тактика ведения пациентки с предлежанием плаценты в стационаре в

зависимости от акушерской ситуации.

11. Группа риска по возникновению предлежания плаценты и меры

профилактики этого состояния.

12. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,

понятие, частота встречаемости.

13. Классификация преждевременной отслойки нормально расположенной

плаценты.

14. Этиология и патогенез преждевременной отслойки нормально

расположенной плаценты.

15. Клиническая картина и диагностика преждевременной отслойки

нормально расположенной плаценты.

16. Дифференциальная диагностика преждевременной отслойки нормально

расположенной плаценты.

17. Выбор метода ведения при преждевременной отслойке нормально

расположенной плаценты в зависимости от акушерской ситуации.

18. Группы риска и профилактика преждевременной отслойки нормально

расположенной плаценты.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Причинами предлежания плаценты являются все кроме:

1. Дистрофических изменений слизистой оболочки матки (аборты, воспалительные процессы)
2. понижения протеолитических свойств плодного яйца
3. Преэклампсии
4. Генитального инфантилизма
5. Аномалий развития матки

2.перечислите причины предлежания плаценты:

1. Паритет родов
2. Опухоли матки
3. Рубец на матке
4. Дистрофические изменения эндометрия
5. Все ответы верны

3.при предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:

1. 8-12 недель
2. 16-20 недель
3. 22-24 недели
4. 28-32 недели
5. 36-40 недель

4. Наиболее частыми причинами возникновения предлежания плаценты являются:

1. Аномалии развития матки
2. воспалительные процессы гениталий
3. Миома матки
4. Дистрофические изменения слизистой оболочки матки (аборты, воспалительные процессы)
5. Аборты

5. При каком сроке беременности в основном заканчивается «миграция» плаценты:

1. 16-18 недель
2. 20-25 недель
3. 32-35 недель
4. 38 недель
5. 40 недель

6. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1. Внезапность возникновения
2. Рецидивирующий характер
3. Безболезненность
4. Различная интенсивность
5. Всё вышеперечисленное

7. Наиболее характерный клинический симптом предлежания плаценты:

1. Боли внизу живота
2. Изменение сердцебиения плода
3. Изменение формы матки
4. Кровотечение различной интенсивности
5. Излитие вод

8.характерными симптомами предлежания плаценты являются все кроме:

1. Рецидивирующего кровотечения
2. Гипертонуса матки
3. Отсутствия болевого синдрома
4. Соответствия состояния беременной интенсивности видимой кровопотери
5. Высокого стояния предлежащей части

9. Наиболее значимым фактором определяющими тактику при предлежании плаценты является:

1. Срок беременности
2. Состояние плода
3. Форма предлежания
4. Положение, предлежание плода
5. Интенсивность кровотечения

10.при подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1. В женской консультации
2. В приемном покое родильного дома
3. В родильном отделении и только при развернутой операционной
4. В любых условиях
5. Избегать применения из-за опасности возникновения профузного кровотечения

11.перечислите причины преждевременной отслойки плаценты:

1. Перерастяжение матки при многоводии, многоплодии
2. Гестоз
3. Врождённая и приобретённая тромбофилии
4. синдром артериальной гипертензии при экстрагенитальной патологии
5. Все ответы верны

12.клинические признаки тяжелой формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. Внутреннее и наружно-внутреннее кровотечение
2. Болевой синдром
3. Острая гипоксия плода
4. Гипертонус, асимметрия матки
5. Все ответы верны

13. Типичными признаками тяжелой формы преждевременной отслойки плаценты являются все кроме:

1. Прогрессирующего болевого синдрома
2. Внутреннего, наружно-внутреннего кровотечения
3. Гипертонуса, асимметрии матки
4. Высокого стояния предлежащей части
5. Гипоксии, внутриутробной гибели плода

14. Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. Наружное акушерское исследование
2. Влагалищное исследование
3. Узи исследование
4. Оценка сердечной деятельности
5. Исследование свертывающей системы крови

15. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. Возникновеним матки кювелера
2. Интранатальной гибелью плода
3. Развитием двс-синдрома
4. Геморрагическим шоком
5. Всем вышеперечисленным

16. Основным фактором, определящим развитие острой формы двс-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является:

1. Маточно-плацентарная апоплексия
2. Морфофункциональные изменения плаценты
3. Повреждение эндотелия сосудов
4. Поступление тромбопластических тканевых субстанций в кровеносную систему матери
5. Все перечисленное выше

17.при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах могут быть предприняты все перечисленные ниже меры, кроме:

1. Кесарева сечения
2. стимуляции родовой деятельности
3. Экстракции плода за тазовый конец
4. Плодоразрушающих операций
5. Наложения акушерских щипцов

18. При развитии матки кювелера возможно:

1. Образование ретроплацентарной гематомы
2. Инфильтрация мышечного слоя кровью
3. Нарушение сократительной функции матки
4. Формирование двс-синдрома
5. Всё перечисленное выше

19.абсолютным показанием к удалению матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:

1. Перерастяжение матки
2. Атония матки
3. Наличие миоматозного узла
4. Наличие добавочного рога матки

Имбибиция стенки матки кровью

**Решение ситуационных задач.**

**Задача №1**

Роженица 26 лет, беременность вторая в сроке 40 недель. Первая беременность закончилась абортом. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения последа началось сильное кровотечение. При осмотре последа имеется дефект.

Диагноз.

Тактика.

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 40 недель (280) дней. Роды I, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка частей плаценты. Кровотечение. Тактика. Контрольное ручное обследование полости матки; удаление частей плаценты; восполнение ОЦК.

**Задача №2**

Повторнородящая 32 лет. Беременность доношенная. Первые роды нормальные. Вторая беременность – медицинский аборт, осложнившийся воспалительным процессом матки и придатков. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное. Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 ударов в минуту. Схватки появились 3 часа назад. Через час после появления схваток началось кровотечение из родовых путей. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки на 6 см. Всюду определяется губчатая ткань, слева удается достичь оболочки плода. Обильное кровотечение.

Диагноз.

Тактика

**Эталон ответа.** Диагноз: Срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез. Боковоепредлежание плаценты. Кровотечение. Тактика. Вскрыть плодный пузырь; если кровотечение не прекратится, кесарево сечение.

**Задача № 3**

Беременная В., 30 лет, поступила в родильный дом в 9 часов с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, головокружение, боли в животе. Беременность 38 недель. Первая беременность 6 лет назад закончилась срочными родами. Затем было 3 медицинских аборта в ранние сроки беременности. Данная беременность 5-я, до 36 недель протекала без осложнений. За две недели до поступления в родильный дом появились отеки на ногах и лице. В 17 часов накануне поступления почувствовала острые боли в животе, а через час появились кровяные выделения из половых путей. 10 При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, ноги и лицо отечные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Живот вздут, симптомов раздражения брюшины нет. ОЖ – 104 см, ВДМ – 38 см. Матка напряжена, не расслабляется, болезненна при пальпации, асимметричная. Из половых путей в небольшом количестве выделяется темная кровь. В моче обнаружен белок 1,6 г/л.

Диагноз.

Тактика

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 38 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Геморрагический шок II степени. Мертвый плод. Тактика. Катетеризация центральной и периферической вен, катетеризация мочевого пузыря, искусственная вентиляция легких, противошо- 40 ковые мероприятия (восстановление ОЦК, гемотрансфузия и др.); интенсивная терапия преэклампсии; экстренная операция кесарево сечение

**Тема 4. Беременность и роды при нарушениях жирового и углеводного обмена (сахарном диабете).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Метаболические изменения в организме, способствующие манифестации и декомпенсации СД во время беременности

2. Определение, классификация, диагностика сахарного диабета

Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии

(ВОЗ, 1999–2006, Российский национальный конскнсус по гестационному

сахарному диабету, 2012) НbA1c как диагностический критерий СД

Показатели контроля углеводного обмена (индивидуальные цели лечения) Показатели контроля липидного обмена . Показатели контроля артериального давления

3 Сахарный диабет 1 типа Течение беременности при СД1 типа. Акушерские осложнения. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Диспансеризация беременных с СД1 типа.( приказ № 572-н). Противопоказания к вынашиванию беременности ( приказ №736 ) Особенности родоразрешения и ведения родов у беременных с СД 1 типа. Показания к оперативному родоразрешению. Периоперационное ведение больных сахарным диабетом

4. Сахарный диабет 2 типа Течение беременности при СД2 типа. Акушерские осложнения. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Диспансеризация беременных с СД2 типа.( приказ № 572-н). Противопоказания к вынашиванию беременности ( приказ №736 ).Лечение СД 2 типа Рекомендации по диетотерапии Рекомендации по физической активности Показания к .инсулинотерапии Особенности родоразрешения и ведения родов у беременных с СД 2 типа. Показания к оперативному родоразрешению.Группы риска развития сахарного диабета 2 типа и ГСД. Прегравидарная подготовка больных с СД

5. Гестационный сахарный диабет Течение беременности при ГСД. Акушерские осложненияПорядок оказания акушерско-гинекологической помощи. Диспансеризация беременных с ГСД приказ № 572-н)..Лечение ГСД. Особенности родоразрешения и ведения родов у беременных с ГСД Рекомендации по диетотерапии Рекомендации по физической активности Показания к инсулинотерапии

6. Острые осложнения сахарного диабета Диабетический кетоацидоз (ДКА, диабетическая кетоацидотическая кома) . Гиперосмолярное гипергликемическое состояние . Молочнокислый ацидоз (лактат-ацидоз) . Гипогликемия и гипогликемическая. Неотложная помощь. Акушерская тактика

7 Послеродовое наблюдение. Планирование семьи. Контрацепция при сахарном диабете

8 Медико-генетическое консультирование семей больных сахарным диабетом

9 Перинатальные исходы у пациентов с СД. Диабетическая фетопатия. Особенности наблюдения в раннем неонатальном периоде

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные.

4. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

5. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Сахарный диабет – заболевание, для которого характерно:

1. Дефицит инсулина

2. Нарушение утилизации глюкозы, увеличение глюконеогенеза, гипергликемия

3. Нарушение всех видов обмена

4. Сосудистые изменения, полиорганная недостаточность

5. Все вышеперечисленное

2. Физиологическая беременность характеризуется следующими изменениями:

1. Снижением чувствительности к инсулину

2. Усиленным распадом инсулина

3. Понижением толерантности к глюкозе

4. Увеличением содержания свободных жирных кислот

5 все ответы верны

3. Контринсулярным действием обладают все гормоны фетоплацентарного комплекса, кроме:

1. Плацентарноголактогена

2. Эстрогенов

3. Хорионического гонадотропина

4. Прогестерона

5. Кортикостероидов

4. В группу риска сахарного диабета входят лица, которые имеют

1. Отягощённый семейный анамнез

2.ожирение

3. Перинатальные потери в анамнезе

4. Детей с врождёнными порокам развития и массой более 4000 гр.

5. Все ответы верны

5. В третьем триместре у беременных с сахарным диабетом могут наблюдаться следующие изменения:

1. Снижение потребности в инсулине

2. Повышение уровня инсулина за счет плодового

3. Повышение потребности в инсулине

4. Повышение концентрации контринсулярных гормонов

5. Все вышеперечисленные

6.к типичным осложнениям беременности при сахарном диабете относятся:

1. Невынашивание и недонашивание беременности

2. Многоводие

3. Инфекция мочеполовых путей

4. Преэклампсия

5 все вышеперечисленные

7.наиболее частым осложнением родов при сахарном диабете является:

1. Выпадение петель пуповины

2. Слабость родовой деятельности

3. Хориоамнионит

4. Преждевременная отслойка плаценты

5. Интранатальная гибель плода

8. К типичным осложнениям родов при сахарном диабете относятся:

1. Раннее излитие вод

2. Слабость родовой деятельности

3. Родовой травматизм матери и плода

4. Клинически узкий таз

5 все вышеперечисленные

9.к типичным осложнениям послеродового периода при сахарном диабете относятся:

1. Дистоция плечиков

2.ретинопатии

3. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания

4. Клинически узкий таз

5. Асфиксия новорожденных

10. Противопоказаниями к сохранению беременности при сахарном диабете являются все, кроме:

1. Диабета у обоих родителей
2. Инсулинорезистентности
3. Макросомии при предыдущей беременности
4. Тяжелой формы сахарного диабета с прогрессирующими сосудистыми осложнениями
5. Сочетания с туберкулезом

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Первобеременная 20 лет встала на учет по поводу беременности в 10 недель. Родилась от 2 сроч-ных родов весом 4500 грамм. С 6 лет страдает сахарным диабетом, проводиться коррекция инсу-лином суточная доза инсулина 60 Ед. Дважды лечение в реанимационном отделении по поводу гипогликемических состояний. В течение последнего года отмечает прогрессирующее ухудшение зрения.

Диагноз, тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:** 1 беременность, 10 недель. Сахарный диабет, 1 тип, инсулинпотребный, тяжелое течение. Госпитализация в эндокринологическое отделение для обследования и решения вопроса о пролон-гировании беременности.

**Задача №2.**

Повторнородящая беременная поступила в отделение патологии беременности в срок беременности 34 недели с жалобами на слабость, жажду, полиурию. Дважды в течение беременности лечение по поводу фурункулеза. Объективные данные. Рост 162 см, вес 90 кг. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 138 в минуту. Кожные покровы сухие, на ягодицах гнойничковая сыпь. Язык сухой, обложен белым налетом. Запах ацетона изо рта. В анамнезе одни срочные роды плодом весом 4400 грамм. В первых родах потужной период осложнился дистоцией плечиков применялось ручное пособие по выведению плечиков. У новорожденного выявлен перелом ключицы, парез ручки проводилось лечение у невролога.

Диагноз, акушерская тактика, ошибки в ведении беременной на этапе женской консультации.

**Эталон ответа:** Диагноз: 2 беременность 34 недели. Отягощенный акушерский анамнез. Гестационный сахарный диабет. Ожирение 2 степени. Пиодермия. Крупный плод. Ошибки ведения беременной на этапе женской консультации: учитывая отягощенный акушерский анамнез – в 1 родах рождение плода массой 4400 гр. С переломом ключицы и парезом ручки вследствие осложненного течения потужного периода – дистоции плечиков, наличие у беременной ожирения 2 сте-пени, а также развитие дважды за беременность фурункулеза – в условиях женской консультации при взятии на учет беременная должна бы-ла быть отнесена к группе высокого риска по развитию нарушений углеводного обмена. В связи с этим, беременная должна была быть обследована в условиях женской консультации согласно приказу № 572 о динамическом наблюдении беременных. В соответствии с результатами обследования необходимо выбрать тактику ведения беременности, в том числе решить вопрос о возможности ее донашивания до 12 недель. При пролонгировании беременности обеспечить динамическое наблюдение беременной: осмотр акушера гинеколога, эндокринолога, контроль уровня сахара крови, а также назначение диетотерапии, а при необходимости инсулинотерапии.

**Задача № 3**

При обращении беременной в женскую консультацию при определении глюкозы венозной плаз-мы натощак ее уровень составил 5,6 ммоль/л.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Гестационный СД. Направить беременную на консультация к эндокринологу. Реко-мендовать диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничение жи-ров, дозированные аэробные физические нагрузки, самоконтроль гликемии, кетонурии или ке-тонемии, артериального давления, шевелений плода, массы тела, ведение дневника само-контроля и пищевого дневника.

**Тема 5.** **Беременность и роды при патологии мочевыводящей системы, желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Особенности строения мочевыделительной системы у женщин.

Факторы предрасполагающие к возникновению заболеваний почек.

2.Изменения в мочевыделительной системе и водно-солевом обмене при

Беременности

3.Определение, этиология, классификация пиелонефрита.

4. Степени риска возникновения осложнений у пациенток с пиелонефритом.

5.Тактика врача женской консультации и стационара при ведении пациенток с

Пиелонефритом.

6.Определение гломерулонефрита, этиология, классификация

7.Методы диагностики состояния мочевыделительной системы у беременных

8.Степень риска течения беременности у беременных с гломерулонефритом

9. Тактика ведения беременных с гломерулонефритом.

10.Тактика ведения беременных с МКБ

11.Показания к прерыванию беременности у пациенток с заболеваниями почек.

12.Осложнения течения беременности и родов у пациенток с заболеваниями почек.

13Особенности родоразрешения пациенток с заболеваниями почек.

14.Патология гепатобилиарной системы. Особенности течения и ведения беременности. Неотложные состояния. Показания к досрочному родоразрешению. Влияние на плод и новорожденного.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследовании и оценить результаты амниоскопии, спирографии, спироскопии, интерпретировать данные УЗИ.

4. Уметь поставить предположительный диагноз экстрагенитальной патологии при беременности, формы хронической интоксикации.

5. Уметь определить тактику ведения беременной женщины с экстрагенитальной патологией.

6. Выбрать и назначить реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

1. Письменная (тесты входного контроля)
2. Устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

Противопоказаниями к вынашиванию беременности являются:

1. Гипертензионная форма хроническогогломерулонефрита

2. Единственная почка

3. Хронический пиелонефрит с азотемией, гипертензией

4. Злокачественные новообразования

5. Все ответы верны

К типичным осложнениям беременности при патологии мочевыделительной системы относят:

1. Невынашивание и недонашивание

2. Тяжелую преэклампсию

3. . Хпн, сзрп маловодие

4. Внутриутробное инфицирование плода

5. Все ответы верны

При беременности могут происходить изменения мочевыводящих путей. Кроме:

1. Удлинения мочеточников, увеличения «мертвого» пространства

2. Расширения чашечно-лоханочной системы

3. Гиперплазии мышечной оболочки мочеточников

4. Нарушения перистальтики мочеточников

5. Снижения диуреза

К развитию гестационного пиелонефрита предрасполагают:

1. Нарушение гигиены

2. Нарушение пассажа мочи

3. Снижение иммунитета

4. Наличие эндогенных очагов инфекции

5. Все ответы верны

Наиболее частой формой патологии мочевыделительной системы у беременных является:

1. Гломерулонефрит

2. Мочекаменная болезнь

3. Гестационный пиелонефрит

4. Аномалии почек и сосудов

5. Туберкулез почек

Противопоказаниями к вынашиванию беременности являются:

1. Гестационный пиелонефрит

2. Пиелонефрит единственной почки

3. Односторонний гидронефроз

4. Хронический гломерулонефрит

5. Нефротическая форма гломерулонефрита

Во время беременности размеры почек

1. Уменьшаются

2. Увеличиваются

Всегда ли появление белка в моче у беременной следует рассматривать как патологический синдром

1. Да

2. Нет

Какой вариант хронического гломерулонефрита характеризуется выражеными отеками, олигурией, массивной протеинурией, высокой гипертензией

1. Латентный

2. Нефротический

3. Гематурический

4. Гипертонический

5. Смешаный

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

В дородовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 нед. В анамнезе преждевременные роды в 34 нед. Во время беременности и в родах было вы-сокое А/Д. При данной беременности с 21—23 нед. появились отеки ног, белок в моче, повыше-ние А/Д. Лечилась амбулаторно. Перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, отеки ног. Пульс 86 в мин. А/Д 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29/30 недель беремен-ности. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение приглушено, 130 в минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л, сахар отрицательный, микроскопия: лейкоциты 6—8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки по-чечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2600, эр — 25100, гиалиновые цилин-дры. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания относительной плотности мочи от 1007—1012

Диагноз, дальнейшая тактика врача.

**Эталон ответа:**Диагноз 3 беременность 33 недели. ОАА. Сочетанный длительно-текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита. ХФПН. Хроническая внутриутробная гипо-ксия плода. Синдром задержки внутриутробного развития плода. Тактика Длительно текущий гестоз тяжёлой степени на фоне хронического гломерулонефрита с проявлениями ФПН является показанием для досрочного родоразрешения . Методом родоразрешения целесообразно выбрать операцию кесарева сечения учитывая наличие клинических проявлений ХФПН. В течение 1-2 дней провести дообследование ( ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, КЩС, ионограмма, УЗИ почек, проба РЕБЕРГА, ЭКГ, ЭХО-КГ, консультации терапевта, окулиста, нефролога), назначить гипотензивную терапию, сульфат магния в суточной дозировке 15-18грамм, дезагреганты, профилактику синдрома дыхательных расстройств у плода

**Задача №2.**

Беременная В., 20 лет, поступила в отделение патологии беременных с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая на 24-25 неделе. Больна 3 дня, не лечилась. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и видимые сли-зистые оболочки бледные, температура тела 38,6 С, пульс - 100 уд/мин, ритмичный, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастер-нацкого справа резко положительный. Сердцебиение плода 146 уд/мин., ритмичное, приглу-шено. При пальпации матка в повышенном тонусе. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, выделения - бели молочного цвета.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа:** Диагноз 1 беременность 24-25 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Почечная колика справа. Угроза очень ранних преждевременных родов. Риск внутриутробного инфи-цирования плода.

Тактика. Ввести спазмоанальгетики – баралгин 5,0, или спазмолитики но-шпа 2,0 мл внутри-мышечно. Назначить антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, десенсиби-лизирующую терапию. Лечение угрозы прерывания беременности. Строгий контроль за температурой тела, пульсом, артериальным давлением, диурезом. При поступлении обсле-дование ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, проба Нечипоренко, посев мочи на идентификацию возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

При сохраняющейся острой боли, снижении диуреза - немедленно пригласить уролога, показаны:CITO! УЗИ почек, хромоцистоскопия с последующей катетеризацией правого мочеточника.

**Тема 6. Беременность и роды при патологии щитовидной железы и надпочечников.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Особенности строения и функционирования щитовидной железы у беременных
2. Факторы предрасполагающие к возникновению заболеваний щитовидной железы .

3.Определение,этиология, классификация патологии щитовидной железы. Методы диагностики состояния щитовидной железы у беременных

4. Осложнения течения беременности и родов у пациенток с заболеваниями щитовидной железы. Профилактика осложнений

5.Тактика врача женской консультации и стационара при ведении пациенток с патологией щитовидной железы

6Показания к прерыванию беременности у пациенток с заболеваниями щитовидной железы

7.Особенности родоразрешения пациенток с заболеваниями щитовидной железы

8.Патология надпочечников. Особенности течения и ведения беременности. Неотложные состояния. Показания к досрочному родоразрешению. Влияние на плод и новорожденного.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыко

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Влияние тиреотропного гормона (ТТГ) матери на плод  
а) ТТГ не проникает через плацентарный барьер  
б) ТТГ проникает через плацентарный барьер, но не оказывает влияния на щитовидную железу плода  
в) ТТГ проникает свободно через плацентарный барьер и вызывает гиперстимуляцию щитовидной железы плода  
  
2. Влияние тиреоидных гормонов матери на плод  
а) не проникают через плацентарный барьер  
б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве и не влияют на состояние плода  
в) свободно проникают через плацентарный барьер на протяжении всей беременности и имеют большое физиологическое значение для развития плода  
г) тиреоидные гормоны начинают проникать лишь после 36 недель, когда их действие не оказывает существенного влияния на развитие плода  
  
3. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме  
а) сердцебиения  
б) повышенной возбудимости  
в) потливости  
г) экзофтальма  
д) отечности кожных покровов  
  
4. Для беременных, страдающих гипофункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме  
а) сонливости  
б) повышенной сухости кожи  
в) быстрой утомляемости, вялости  
г) гипертензии  
д) ломкости и исчерченности ногтей  
  
  
5. В женскую консультацию обратилась беременная на 6-й неделе беременности. В течение 2 лет находится под наблюдением эндокринолога по поводу диффузного токсического зоба средней тяжести. Получает дийодтирозин. Состояние удовлетворительное. Тактика врача (после консультации с эндокринологом)  
а) прервать беременность  
б) прекратить применение дийодтирозина и пролонгировать беременность  
в) продолжить применение дийодтирозина до 16 недель беременности и пролонгировать беременность  
г) продолжить применение дийодтирозина до 37-38 недель беременности

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

На очередной прием в женскую консультацию пришла беременная 25 лет. Жалоб не предъявляет, шевеление плода ощущает. Масса тела 76 кг (+500,0 за 10 дней), АД - 120/80, 110/70 мм рт.ст. Отеков нет. Беременность первая, желанная. Муж здоров. Менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Наследственность благоприятная. Аллергии не было.  
При наружном акушерском исследовании установлено: окружность живота 85 см, ВДМ - 30 см. В дне матки прощупывается широкая крупная часть плода, над входом в малый таз - баллотирующая, округлой формы крупная часть, справа по ребру матки - широкая плоская часть плода, а слева - мелкие части. Отчетливо прослушивается сердцебиение плода справа ниже пупка - 138 ударов в минуту.  
При предыдущей явке 10 дней назад срок беременности был 28-29 недель. Пациентку интересует - когда ей будет предоставлен дородовый отпуск? Учитывая нормальное течение беременности, хочет до родов уехать к матери в деревню.  
Задания:  
1. Оценить состояние пациентки. Выявить проблемы.  
2. Определить срок беременности.  
3.Тактика акушерки.  
4. Рассказать о необходимости диспансеризации беременной и подготовке её к родам. Задачи женской консультации по охране здоровья матери и плода, роль акушерки в обслуживании беременной.  
5. Выполнить манипуляцию «Наружное акушерское исследование».  
**Эталон ответа:**  
1. Состояние пациентки удовлетворительное. Настоящие проблемы: необходимость узнать дату выдачи ДО и срок родов.  
Потенциальные проблемы: факторов риска не выявлено. Однако, если женщина уедет в деревню, перестанет посещать ЖК, могут быть не оценены новые изменения, не проведены необходимые исследования.  
2. Беременность 30 недель. Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция, передний вид. Диагноз поставлен на основании наружного акушерского исследования с помощью приемов Леопольда-Левицкого, измерения высоты стояния дна матки. Расчета.  
3. Тактика акушерки: рекомендовать не уезжать надолго, дать совет о режиме питания, отдыха и диете; рекомендовать регулярно, не реже 2-х раз в месяц, посещать женскую консультацию. Посещать занятия по современной психопрофилактической подготовке к родам; разъяснить пациентке, что, согласно законодательству, ей может быть предоставлен с сегодняшнего дня дородовый отпуск.  
4. Рассказать о необходимости продолжить посещение ЖК, готовиться к родам.  
Рассказать о структуре и задачах ЖК по охране здоровья матери и плода. Выделить роль акушерки.  
5. Выполнить манипуляцию.

**Тема 7. Беременность и роды при патологии сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, гипертоническая болезнь, артериальные тромбозы).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность: противопоказания к беременности,

2. Особенности динамического наблюдения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

3. Ведение беременности и родов

4. Неотложная помощь при отеке легких во время беременности и в родах.

5. Анемия беременных: диагностика особенности динамического наблюдения во время беременности, лечение.

6. Особенности ведения беременных с сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы. Противопоказания к беременности.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования, интерпретировать данные.

4. Уметь оценить эффективность лечения и составить прогноз для жизни

5. Уметь назначить комплексные реабилитационные мероприятия

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыко

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Наиболее частыми формами приобретённых пороков сердца у беременных являются:

1. Аортальные пороки
2. Врожденные пороки «синего» типа
3. Оперированное сердце
4. Митральные пороки
5. Трикуспидальные пороки

2. К физиологическим изменениям сердечно-сосудистой системы беременных гемодинамического характера относятся:

1. Увеличение оцк
2. Повышение венозного давления на нижних конечностях
3. Увеличение ударного и минутного объемов сердца
4. Депонирование крови в маточно-плацентарном бассейне
5. Все ответы верны

3. К физиологическим изменениям сердечно-сосудистой системы беременных механического характера относят:

1. Высокое стояние диафрагмы
2. Изменение формы грудной клетки
3. Общая прибавка массы
4. Все ответы верны
5. Все ответы неверны

4. К адаптационным физиологическим изменениям сердечно-сосудистой системы у беременных относятся:

1. Увеличение емкости сосудистой системы за счет маточно-плацентарного круга
2. Депонирование крови в маточно-плацентарном бассейне
3. Снижение общего периферического сосудистого сопротивления
4. Прирост оцк
5. Все ответы верны

5. К типичным осложнениям беременности и родов при патологии сердечно-сосудистой системы относят:

1. Хпн, хроническая гипоксия
2. Аномалии родовой деятельности
3. Кровотечения
4. Тромботические, тромбоэмболические осложнения
5. Все ответы верны

6. К типичным осложнениям беременности при пороках сердца не относится:

1. Невынашивание, недонашивание
2. Преэклампсия
3. Многоводие
4. Хпн, сзрп
5. Хроническая гипоксия плода

7.противопоказанием к вынашиванию беременности является следующая форма порока сердца:

1. Дефект межпредсердной перегородки
2. Митральный стеноз 2 степени
3. Недостаточность митрального клапана
4. Пролапс митрального клапана
5. Открытый артериальный проток

8.определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии:

1. Дефект межпредсердной перегородки
2. Аортальный стеноз
3. Дефект межжелудочковой перегородки
4. Недостаточность митрального клапана
5. Недостаточность трикуспидального клапана

9. Определите противопоказания к вынашиванию беременности при сердечно-сосудистой патологии:

1. Активный ревматический процесс
2. Дефект межпредсердной перегородки
3. Недостаточность аортального клапана
4. Недостаточность митрального клапана
5. Пролапс митрального клапана

10.период максимальной гемодинамической нагрузки сосудистой патологии совпадает с гестационным сроком:

1. 16-18 нед.
2. 22-24 нед.
3. 26-32 нед.
4. 36-37 нед.
5. 39-40 нед.

11. Купирование отека легких у беременных с пороком сердца включает:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, борьба с гипоксией
2. Снижение объема и давления в легочных капиллярах
3. Усиление сократимости левого желудочка
4. Профилактика и лечение осложнений
5. Все вышеперечисленное

12. В послеродовом периоде у родильниц с тяжелыми пороками сердца отмечается:

1. Обострение ревматического процесса
2. Ухудшение функционального состояния миокарда
3. Нарастание хсн
4. Развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений
5. Все вышеперечисленное

**Ситуационные задачи:**

**Задача №1.**

Беременная Н., 25 лет, поступила в отделение патологии беременных по поводу 1-ой беременности в сроке 38-39 недель. При поступлении: жалобы на одышку при физической нагрузке, слабость, кашель с небольшим слизистым отделяемым, перебои в сердечной деятельности. Была срочно консультирована терапевтом. При обследовании: перкуторно – расширение границ относительной тупости сердца вверх и влево. Аускультативно – хлопающий 1 тон сердца и тон открытия митрального клапана, выслушиваемый над верхушкой сердца сразу после II тона, акцент второго тона над легочной артерией, диастолический шум над верхушкой сердца. Назначена соответствующая терапия и подготовка организма к родам.  
В срок родов началась самостоятельная родовая деятельность. В конце II периода усилилась одышка, появился цианоз, чувство удушья. Аускультативно в легких определяется большое количество влажных хрипов.  
1.Определите ведущий (е) синдром (ы), определяющий (е) тяжесть состояния пациента.  
2. Составьте алгоритм неотложной терапии этого (этих) синдрома (ов).  
3. Поставьте предварительный диагноз.  
4.Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.  
5. Составьте план дальнейшей курации пациента.  
**Ответ.**  
1. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких.  
2. 1) Промедол 2%- 1 мл. в/в;  
2) Увлажненный кислород;  
3) Пеногасители;  
4) ИВЛ;  
5) снижение преднагрузки – в/в введение нитроглицерина.  
3. I срочные роды, II период. Порок сердца: стеноз митрального клапана. Легочная гипертензия. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Отек легких.  
4. 1) ЭХО КГ;  
2) ЭКГ;  
3) Рентгенография органов грудной клетки;  
4) Спирометрия;  
5) Пульсоксиметрия.  
5. 1) купирование отека легких;  
2) ИВЛ; общее обезболивание.  
3) Экстренное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов

**Тема 8. Патологические предлежания и положения плода (тазовое, поперечное, косое, разгибательные варианты): причины, особенности** **родов, тактика.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Частота и этиология тазового предлежания плода.

2. Классификация тазовых предлежании плода.

3. Диагностика тазового предлежания плода приемами наружного акушерского исследования.

4. Данные влагалищного исследования при тазовом    предлежании плода.

5. Дополнительные методы диагностики тазового   предлежаняя плода.

6. Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода, ведение в условиях женской консультации.

7. Наружный акушерский поворот.Показания к плановой операции кесарева   сечения   при   тазовом предлежании плода.

8. Особенности течения первого периода родов при тазовом предлежании плода. Тактика ведения.

9.Особенности течения второго периода родов при тазовом предлежании  плода.   Тактика  ведения.

10. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.

11. Цель оказания и техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода.

12. Цель оказания и техника пособия по Цовьянову при ножном предлежании плода.

13. Цель оказания и техника классического ручного пособия при тазовом предлежании плода.

14. Группы беременных и рожениц с тазовым   предлежанием плода, прогноз родов.

15. Осложнения в родах для матери и плода    при   тазовом предлежании.

16. Неправильные положения плода. Этиология. Классификация . Диагностика. Динамическое наблюдение.Тактика.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыко

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Диагностика поперечного положения плода основана на:

1. Данных осмотра формы живота

2. Несоответствии высоты стояния дна матки сроку беременности

3. Результате наружных приемов леопольда – левицкого

4. Данных влагалищного исследования и узи

5. На всех перечисленных данных

2. Наиболее частое осложнение беременности при поперечном положении плода:

1. Преждевременные роды

2. Внутриутробная гипоксия плода

3. Преждевременное отхождение вод

4. Многоводие или маловодие

5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

3. При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:

1. Ведение родов через естественные родовые пути

2. Плановое кесарево сечение

3. Кесарево сечение с началом родовой деятельности

4. Кесарево сечение после отхождения околоплодных вод

5. Роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец

4. Наиболее частое осложнение в первом периоде родов при поперечном положении плода:

1. Преждевременное отхождение вод

2. Выпадение петель пуповины

3. Бурная родовая деятельность

4. Слабость родовой деятельности

5. Угрожающий разрыв матки

5. Обязательным условием для развития запущенного поперечного положения плода является:

1. Отхождение околоплодных вод

2. Слабость родовой деятельности

3. Бурная родовая деятельность

4. Крупный плод

5. Недоношенный плод

6. Признаки запущенного поперечного положения плода не включают:

1. Подвижность плода

2.перерастяжение нижнего сегмента

3. Отсутствие плодного пузыря

4. Выпадение ручки плода

5. Симптомы внутриутробной гипоксии плода

7. Госпитализация при поперечном положении плода показана при сроке беременности:

1. 28–30 нед

2. 31–32 нед

3. 33–35 нед

4. 36–37 нед

5. 39–40 нед

8. Условия для классического поворота плода на ножку с последующим извлечением плода не включают:

1. Раскрытие маточного зева на 8 см

2. Полное раскрытие маточного зева

3. Живой плод

4. Соответствие размеров плода емкости таза

5. Отсутствие плодного пузыря

9. При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:

1. Кесарево сечение

2. Классический поворот плода на ножку

3. Извлечение плода за тазовый конец

4.плодоразрушающая операция.

5. Все ответы неверны

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1.**

У повторнородящей (Б-2, Р-2, А-0), установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.  
1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Назовите причины тазового предлежания плода. Приведите данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

3. Дайте понятие предлежание и выпадение петель пуповины, назовите причины выпадения петель пуповины и объективные данные.  
4. Окажите неотложную помощь.  
5. Назовите профилактические мероприятия, препятствующие выпадению петель пуповины при головном и тазовом предлежании.  
**Ответ:**  
1. Клинический диагноз: II срочные роды. II период. Смешанное ягодичное предлежание плода. Выпадение петель пуповины. Острая гипоксия плода. 2. Причинами тазового предлежания плода являются:  
- сужение таза, аномальная форма таза  
- пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой)  
- чрезмерная или ограниченная податливость плода (первобеременные или много рожавшие)  
- многоводие или маловодие  
- многоплодная беременность  
- новообразование внутренних половых органов (миоматозные узы, опухоли придатков)  
- патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты)  
- ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия)  
- короткая пуповина  
- синдром задержки роста плода  
3. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз:  
- урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов.  
- при PV обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся над входом в малый таз, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.  
Предлежание пуповины – ситуация, когда петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре, а выпадение пуповины — при отсутствии плодного пузыря.  
Причинами, вызвавшими выпадение петель пуповины послужили:  
- неправильное положение плода/отсутствие достаточной фиксации тазового конца плода в плоскости входа в малый таз  
-ранняя амниотомия  
При влагалищном исследовании в случае предлежания пуповины при целом плодном пузыре предлежащую петлю пуповины можно прощупать в виде извитого гладкого, скользкого канатика, толщиной приблизительно с мизинец, дающего ощущение пульсации.  
При излившихся водах распознать выпавшую петлю ещё легче – она располагается во влагалище или вне его.  
4. При патологическом состоянии пуповины и угрожающем состоянии плода показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения  
Сразу после выявления выпадения пуповины (время точно фиксируют в истории родов) приподнять ножной конец кровати, ввести два пальца во влагалище и стараться препятствовать сдавлению пуповины при схватках до подготовки к операции.  
Тщательно следить за ЧСС плода (подключить КТГ, если это возможно) и транспортировать в операционную. Кесарево сечение должно быть выполнено не позднее, чем через 15 минут от момента установки диагноза – выпадение пуповины.  
5. При тазовом предлежании плода: В родах избегать ранних амниотомий. При выполнении амниотомии на фоне многоводия соблюдать ряд правил: вскрывать эксцентрично, вне схваток, перфорационное отверстие не расширять до излития достаточного количества вод, женщина должна лежать до тех пор, пока головка не прижмется плотно к входу в малый таз.  
При тазовом предлежании пациентке следует рекомендовать до излития околоплодных вод в первом периоде родов пребывание в положении преимущественно лёжа на боку.

**Тема 9. Анатомически и клинически узкий таз: причины, клиника, способы родоразрешения.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация анатомически и клинически узкого таза, частота, этиология.

2. Биомеханизмы родов при возможных формах узкого таза.

3. Методы диагностики узкого таза.

4. Течение и ведение беременности при узком тазе.

5. Выбор тактики родоразрешения.

6. Профилактика осложнений в родах для матери и плода.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты наружной пельвиометрии, УЗИ, данных влагалищного исследования.

4. Уметь поставить предположительный диагноз анатомически или клинически узкого таза.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)
3. Оценка самостоятельной внеаудиторной работы.
4. Тестовый компьютерный контроль (7 семестр).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. К современным особенностям узких тазов относятся:

1. Преобладание легких степеней сужения
2. Отсутствие абсолютных степеней сужения
3. Появление «стертых», плохо диагностируемых форм
4. Возрастание частоты клинически узкого таза
5. Все вышеперечисленное

2. Причинами формирования анатомически узкого таза являются:

1. Гормональные нарушения (гипоэстрогения, гиперандрогения)
2. Остеопороз
3. Туберкулез костной системы
4. Травмы таза, позвоночника
5. Все вышеперечисленные

3. Причинами формирования анатомически узкого таза являются:

1. Рахит
2. Чрезмерные физические нагрузки
3. Остеопороз
4. Деформации позвоночника (кифоз, сколиоз)
5. Все вышеперечисленные

4. К наиболее часто встречающимся формам анатомически узкого таза относится:

1. Кифотический
2. Поперечносуженный
3. Кососмещенный
4. Плоскорахитический
5. Спондиллолистетический

5. К редко встречающимся формам анатомически узкого таза относят все кроме:

1. Остеомалятической
2. Плоской
3. Кососмещенной, кососуженной
4. Суженной экзостозами, переломами
5. Кифотической

6. В основу классификации по степени сужения (малиновского, литцмана) положен следующий размер:

1. Диагональная конъюгата
2. Наружная конъюгата
3. Истинная конъюгата
4. Поперечный размер плоскости входа
5. Межостный размер

7. Первой степени анатомического сужения таза соответствуе следующий размер истинной конъюгаты

1. 7,4-6,5 см
2. 8,9-7,5 см
3. 10,5-9 см
4. Менее 6,5 см
5. 10,5-11см.

8. Истиную конъюгату можно определить по всем размерам кроме:

1. Наружной конъюгаты
2. Индекса соловьева
3. Диагональной конъюгаты
4. Вертикальной диагонали ромба михаэлиса
5. Поперечного размера входа в малый таз

9. Диагностика анатомически узкого таза включает

1. Пельвиометрию
2. Наружный осмотр
3. Влагалищное исследование
4. Сбор анамнеза
5. Всё вышеперечисленное

10. Размеры 23-26-29-20 соответствуют следующей форме сужения таза:

1. Общеравномерносуженному
2. Простому плоскому
3. Поперечносуженному
4. Плоскорахитическому
5. Общесуженному плоскому

11. Размеры 27-28-31-17 соответствуют следующей форме сужения таза:

1. Общеравномерносуженному
2. Простому плоскому
3. Поперечносуженному
4. Плоскорахитическому
5. Общесуженному плоскому

12. Размеры 25-28-31-18 соответствуют следующей форме сужения таза:

1. Общеравномерносуженному
2. Простому плоскому
3. Поперечносуженному
4. Плоскорахитическому
5. Общесуженному плоскому

13. Размеры 23-26-29-18 соответствуют следующей форме сужения таза:

1. Общеравномерносуженному
2. Простому плоскому
3. Поперечносуженному
4. Плоскорахитическому
5. Общесуженному плоскому

14. Для общеравномерносуженного таза характерно:

1. Правильная форма
2. Тонкие кости
3. Равномерное уменьшение всех размеров
4. Острый подлобковый угол
5. Все перечисленное выше

15. Характерным для биомеханизма родов при общеравномерно-суженном тазе является всё кроме:

1. Расположение стреловидного шва в поперечном размере плоскости входа
2. Разгибание головки во входе в малый таз
3. Максимальное сгибание головки
4. Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа
5. Внутренний поворот плечиков наружный поворот головки плода

16. Для биомеханизма родов при поперечносуженным тазе характерно:

1. Высокое прямое стояние стреловидного шва
2. Передне-теменное вставление головки
3. Косой асинклитизм
4. Отсутствие внутреннего поворота головки
5. Всё перечисленное выше

17. К анатомическим особенностям простого плоского таза относятся (при влагалищном исследовании) все кроме:

1. Наличия экзостозов
2. Легкого достижения мыса
3. Уплощенного крестца
4. Тупого лонного угла
5. Уменьшенных прямых размеров всех плоскостей

18. Характерным для биомеханизма родов при простом плоском тазе является всё кроме:

1. Асинклитизма
2. Некоторогоразгибанияголовки
3. Резкого сгибания головки
4. Длительного стояния головки стреловидным швом в поперечном размере входа
5. Среднего или низкого поперечного стояния стреловидного шва

19. К анатомическим особенностям плоскорахитического таза относятся (при влагалищном исследовании):

1. Крестец уплощен, уширен, утоньшен, укорочен
2. Седалищные бугры удалены, поперечный размер выхода увеличен
3. Лонный угол тупой
4. Экзостозы в местах прикрепления мышц
5. Все вышеперечисленное

20.характерным для биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе является всё кроме:

1. Некоторого разгибания головки
2. Высокого прямого стояния стреловидного шва
3. Длительного стояния головки стреловидным швом в поперечном размере
4. Переднегоасинклитизма
5. Стремительного продвижения головки в полости таза

21. К методам диагностики анатомически узкого таза относятся:

1. Влагалищное исследование
2. Рентгенопельвиометрия
3. Ультразвуковая пельвиометрия
4. Пельвиометрия
5. Всё вышеперечисленное верно

22. Показанием к плановой операции кесарева сечения при узком тазе является:

1. Неблагоприятный исход предыдущих родов

2. Рубец на матке

3. Тазовое предлежание плода

4. Эко, искусственная инсеминация

5.всё вышеперечисленное

23. К осложнениям родов при анатомически узком тазе относят все кроме:

1. Формирования клинически узкого таза

2. Несвоевременного излития вод

3. Аномалии родовой деятельности

4. Травматизма матери и плода

5. Хронической фетоплацентарной недостаточности

24. Показания к экстренной операции кесарева сечения при узком тазе все кроме.

1. Аномалии родовой деятельности
2. Острой внутриутробной гипоксия плода
3. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
4. Клинически узкого таза (абсолютное несоответствие)
5. Лонного угла 900 и менее

25. К формированию клинически узкого таза может привести:

1. Анатомически узкий таз
2. Крупный плод
3. Таз, деформированный экзостозами
4. Перенашивание
5. Всё вышеперечисленное

26. К формированию клинически узкого таза может привести:

1. Неправильное вставление головки

2. Поперечное положение

3. Гидроцефалия

4. Опухоли матки, препятствующие вставлению головки

5. Всё вышеперечисленное

27. Для клинически узкого таза характерны:

1. Выраженная непродуктивная родовая деятельность

2. Положительные признаки вастена, цангейместера

3. Симптомы прижатия мочевого пузыря

4. Резкая конфигурация головки

5. Все вышеперечисленное

28. Для клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характерны:

1. Отсутствие продвижения головки

2. Вставление головки, неадекватное форме сужения таза

3. Высокое стояние контракционного кольца

4. Беспокойное поведение роженицы

5. Все вышеперечисленное

29. Какой симптом является ведущим в диагностике клинически узкого таза:

1. Отсутствие продвижения головки, стоящей во входе в малый таз при наличии хорошей родовой деятельности
2. Положительный признак вастена или признак вастена “вровень”
3. Задержка мочеиспускания
4. Отек шейки матки и наружных половых органов
5. Отклонения от нормального механизма родов

30. Признаком клинического несоответствия между головкой и тазом матери является:

1. Положительный признак вастена
2. Задержка мочеиспускания
3. Вставление головки, неадекватное форме таза
4. Отсутствие продвижение головки при активной родовой деятельности
5. Все вышеизложенное

31. Для клинически узкого таза не характерно:

1. Отсутствие продвижения предлежащей части
2. Отек шейки матки
3. Затруднение мочеиспускания
4. Отрицательный симптом вастена
5. Слабость родовой деятельности

32. Осложнениями клинически узкого таза для матери являются все кроме:

1. Острой гипоксии плода
2. Разрыва матки
3. Травматизма плода
4. Гипотонического кровотечения
5. Разрыва лонного сочленения

**Ситуационные задачи с эталонами ответов:**

**Задача №1**

Роженица 30 лет. Из анамнеза выяснено: ходить начала около 2-х лет, росла болезненным ребенком, перенесла почти все детские инфекции. Роды вторые. Первые роды, со слов жен-щины были тяжелыми, ребенок родился с внутричерепной травмой, вес его 3200 г. Рост женщины 152 см. Имеется небольшое искривление нижних конечностей. Ромб Михаэлиса уплощен. Размеры таза: 26-27-30-17,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Предполагаемый вес пло-да 3500 г.

Диагноз, тактика ведения.

**Эталон ответа:** Диагноз: 2 срочные роды. Отягощенный акушерский анамнез( перинатальная заболе-ваемость). Плоскорахитический таз.

Учитывая ОАА (родовая травма в первых родах у плода весом 3200), наличие плоскорахите-ческого таза у матери и 3500 предполагаемую массу плода родоразрешить операцией кесаре-во сечение в экстренном порядке.

**Задача №2**

Повторнородящая 28 лет поступила в родильный дом по поводу схваток, начавшихся 8 часов назад. Первая беременность закончилась рождением мертвого ребенка весом 3270 г. При вторых родах по поводу клинически узкого таза произведена операция кесарево сечение. Ре-бенок массой 3500, жив. Настоящая беременность третья, доношенная. Живот отвислый, по средней линии живота – послеоперационный рубец. ОЖ – 103 см., ВДМ – 37 см. Ромб Миха-элиса – 9,5 х 11 см. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Индекс Соловьева 15 см. Положение плода – продольное, вторая позиция, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, 134 уд.в мин., справа ниже пупка. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, маточный зев проходим для 4 см. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка над I тазовой плоскостью. Мыс достижим

Диагноз, тактика ведения

**Эталон ответа:** 3 срочные роды, 1 период. КОАА (крайне отягощенный акушерский анамнез)(перинатальная смертность в анамнезе). Рубец на матке после операции кесарево сечение. Плоскорахитический таз. Предполагаемая масса плода 3800. Учитывая вск вышепе-речисленное родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке

**Задача № 3.**

Первородящая 18 лет. Размеры таза 23-26-28-18. В родах 10 часов, безводный период 5 часов. Ведет себя беспокойно, кричит. Схватки потужного характера по 40 секунд через 2 минуты, средней силы, болезненные. Положение плода продольное, предлежит головка. Симптом Вастена положительный, контракционное кольцо выше пупка. При вагинальном осмотре- шейка матки сглажена, толстая, отечная, свисает «рукавом», открытие маточного зева 8см. Предлежит головка плода, на 1 тазовой плоскости, стреловидный шов в правом косом размере смещен к мысу, большой родничок слева спереди.

Диагноз, тактика ведения

**Эталон ответа:** 1 срочные роды, 1 период. Общеравномерно-суженный таз. Клинически узкий таз. Родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

**Тема 10. Кровотечения в последовом и послеродовом периоде: классификация, клиника, консервативные и хирургические способы остановки. Коррекция гемостаза, плазмо- и кровезамещение.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Группы риска по развитию аномалий прикрепления плаценты.

2. Клиника в зависимости от площади прикрепления/приращения плаценты.

3. Акушерская тактика в зависимости от вида патологического прикрепления.

4. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

5. Алгоритм оказания помощи при гипотонических кровотечениях.

6. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

7. Инфузионно-трансфузионная терапия.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование пациентки и оценить его результаты.

3. Уметь определять кровопотерю в последовом и послеродовом периодах, в т.ч. во время операции кесарева сечения.

4. Владеть методом наружного массажа матки, уметь оказать помощь при гипотоническом кровотечении.

5. Знать принципы проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Причинами кровотечений в последовом периоде являются:

1. Нарушение выделения последа
2. Полное истинное приращение плаценты
3. Частичное плотное прикрепление плаценты
4. Задержка частей плаценты
5. Все ответы верны

2. Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов является:

1. Нарушение в системе гемостаза
2. Частичное плотное прикрепление плаценты
3. Частичное истинное приращение плаценты
4. Разрыв шейки матки
5. Задержка частей плаценты

3.причинами плотного прикрепления плаценты являются все кроме:

1. Рубца на матке
2. Предлежания плаценты
3. Дистрофических изменений в эндометрии
4. Аномалий развития матки
5. Понижениятрофобластической активности плодного яйца

4.наиболее частой причиной истинного приращения плаценты является:

1. Миома матки
2. Генитальный инфантилизм
3. Повышение протеолитической активности плодного яйца
4. Предлежание плаценты
5. Дистрофические изменения эндометрия

5. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов в отсутствие признаков отделения плаценты:

1. Ввести средства, вызывающие сокращение матки
2. Применить прием креде-лазаревича
3. Применить прием абдуладзе
4. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
5. Ввести спазмолитические средства

6. В случае истинного вращения плаценты ворсины плаценты прикрепляются в пределах:

1. Функционального слоя эндометрия
2. Миометрия и далее
3. Базального слоя эндометрия
4. Периметрия
5. Параметрия

7.перед введением руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо:

1. Обработать наружные половые органы растворами антисептиков
2. Опорожнить мочевой пузырь
3. Подключить внутривенную капельную систему
4. Провести общее обезболивание
5. Выполнить все перечисленные выше манипуляции

8. Характерными проявлениями полного плотного прикрепления плаценты являются:

1. Боль в животе
2. Кровотечение
3. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. Отсутствие признаков отделения плаценты, отсутствие кровотечения
5. Кровотечение, отсутствие признаков отделения плаценты

9.при кровотечении в третьем периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

1. Провести наружный массаж матки
2. Ручное отделение плаценты
3. Выделить послед наружными приемами
4. Ввести сокращающие матку средства
5. Положить лед на низ живота

10.к методам отделения из матки неотделившегося последа относят:

1. Метод абуладзе
2. Потягивание за пуповину
3. Метод креде-лазаревича
4. Ручное отделение и выделение последа
5. Все вышеперечисленные

11.причинами кровотечений в раннем послеродовом периоде являются:

1. Травмы родовых путей:
2. Задержка частей плаценты
3. Коагулопатии
4. Гипотония матки
5. Все ответы верны

12.наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является:

1. Нарушение сократительной способности мышц матки
2. Нарушения в системе гемостаза
3. Задержка в матке остатков плацентарной ткани
4. Трофобластическая болезнь
5. Эндометрит

13.к общим причинам нарушения сократительной способности матки в раннем послеродовом периоде относятся:

1. Дегенеративные изменения миометрия
2. Перерастяжение матки
3. Аномалии родовой деятельности
4. Аномалии развития матки
5. Все ответы верны

14. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. Разрыва шейки матки 1 и 2 степени
2. Продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую
3. Наличия рубца на матке
4. Сомнения в целостности плаценты
5. Подозрения на разрыв матки

15. Укажите показания для ручного обследования стенок полости матки в раннем послеродовом периоде:

1. Подозрение на разрыв матки
2. Задержка частей плаценты
3. Гипотонические кровотечение
4. Рубец на матке после кесарева сечения
5. Все ответы верны

16. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено:

1. Массивной кровопотерей и геморрагическим шоком
2. Наличием исходной патологии системы гемостаза
3. Преждевременной отслойкой плаценты в родах
4. Длительной задержкой мертвого плода в полости матки
5. Всеми перечисленными выше факторами

17. Патологической кровопотерей в родах считают кровопотерю, достигшую:

1. 0,3% массы тела беременной
2. 0,5% массы тела
3. 0,7% массы тела
4. 1% массы тела
5. Более 1% массы тела

18.клиническими симптомами геморрагического шока являются:

1. Беспокойство, нарушение сознания, кома
2. Диспное, тахипное
3. Снижение ад, цвд, минутного объема сердца, тахикардия
4. Олигоурия, анурия
5. Все ответы верны

19. Клиническими симптомами геморрагического шока являются:

1. Падение ад, цвд, тахикардия
2. Холодная, влажная, бледная, цианотичная кожа
3. Тахипное, диспное
4. Резкое замедление кровотока ногтевого ложа
5. Все ответы верны

20.первоочередной задачей инфузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке в родах является:

1. Коррекция водно-электролитного баланса
2. Возмещение объема эритроцитов
3. Восполнение оцк и восстановление микроциркуляции
4. Коррекция белкового баланса

Повышение свертываемости крови

**Решение клинических задач**

**Задача 1.**

Роженица находится в III периоде родов, роды произошли 15 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признаки Чукалова-Кюстнера и Шредера положительные. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве.

Укажите дальнейшие действия врача.

**Эталон ответа:** выделить послед наружными приемами

**Тема 11. Акушерский травматизм: классификация, причины, оказание медицинской помощи.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Понятие о родовом травматизме, его структура,   частота, осложнения

2. Понятие о разрыве матки, частота.

3. Современная классификация разрывов матки (по   локализации, характеру повреждений, патогенезу, времени возникновения, клиническому течению).

4. Этиологические факторы разрывов матки.

5. Патогенез разрывов матки  (теории Бандля, Вербова, Бакшеева).

6. Клиническая картина угрожающего разрыва матки при типичном разрыве.

7. Врачебная тактика при угрожающем разрыве матки.

8. Клиническая картина начавшегося разрыва матки.

9. Клиническая картина совершившегося разрыва матки.

10.Врачебная тактика при   начавшемся    и   совершившемся разрыве матки.

11.Дигностика состояния рубца на матке после кесарева сечения до наступления беременности.

12. Диагностика состояния рубца на матке после кесарева сечения при беременности.

13. Особенности течения беременности, выбор   метода родоразрешения при наличии рубца на матке.

14. Клинические особенности атипичного разрыва матки по рубцу при беременности и в родах.

15. Разрывы промежности: причины, диагностика, классификация по степени.

16. Анатомическая характеристика разрыва промежности I степени. Техника ушивания.

17. Анатомическая характеристика разрыва промежности II степени. Техника ушивания.

18. Анатомическая характеристика разрыва промежности III степени. Техника ушивания.

19. Разрывы шейки матки: классификация, причины, диагностика, техника ушивания. Ведение в послеродовом периоде.

20. Разрывы влагалища: причины, диагностика, лечение. Ведение в послеродовом периоде.

21. Гематомы влагалища и наружных половых органов: причины, диагностика, врачебная тактика. Ведение в послеродовом периоде.

22. Мочеполовые и кишечно-половые свищи: причины возникновения, клиника, диагностика, врачебная тактика.

23. Беременные группы высокого «риска»   родового   травматизма.

24. Роль женской консультации в предупреждении   родового травматизма.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Тактика врача женской консультации по профилактике акушерского травматизма у беременной с анатомически узким тазом включает:

1) специальный учет в женской консультации беременных с анатомически узким тазом

2) своевременное выявление крупного плода

3) предупреждение перенашивания беременности

4) своевременное выявление аномалий положения плода

2. В современном акушерстве разрывы матки

1) чаще развиваются по механизму, описанному Л.Бандлем

2) почти в 9O% случаев происходят в связи с несостоятельностью старого рубца

3) более чем в 1/3 случаев развиваются на фоне слабости родовой деятельности

4) стоят на первом месте среди причин материнской смертности

3. Типичным для угрожающего Бандлевского разрыва матки НЕ является;

1) повышенный тонус матки

2) пониженный тонус матки

3) примесь крови в моче

4) беспокойное поведение роженицы

5) наличие выраженной родовой опухоли на головке плода

4. Насильственный разрыв матки

1) часто возникает при ведении родов по методу Цовьянова

2) может осложнять наружно-внутренний поворот плода на ножку

3) имеет наибольшую частоту в современном акушерстве

4) чаще встречается во время беременности

5. Совершившийся полный разрыв матки характеризуется

1) развитием вялости, заторможенности у роженицы

2) все перечисленное верно

3) развитием вздутия живота

4) гибелью плода

6. К разрыву промежности второй степени относятся повреждения, распространяющиеся

1) только на заднюю спайку больших половых губ

2) на слизистую влагалища, мышцы и кожу промежности

3) на слизистую прямой кишки

4) на наружный сфинктр прямой кишки

7. Разрывы шейки матки встречаются

1) чаще у первородящих женщин

2) чаще у повторнородящих

3) более чем у половины рожениц

4) только в результате родов крупным плодом

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Повторнородящая 37 лет. Роды срочные 2. Схватки начались 10 часов тому назад, интенсивные. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 160 уд/мин. Признак Вастена (+). Нижний сегмент болезненный. Контракционное кольцо на уровне пупка. При влагалищном исследовании открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит лоб, корень носа, надбровные дуги, глазницы. Головка прижата ко входу в м/таз. Роженица тужится.

1. Поставьте диагноз.

2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз?

3. Каковы причины, способствующие данному осложнению?

4. Можно ли предупредить данное осложнение,каким образом?

5. Какова акушерская тактика в данном случае?

**Эталон ответа:**

1. Срочные роды. Второй период родов. Лобное предлежание. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки.

2 Признак Вастена (+), болезненный нижний сегмент, контракционное кольцо на уровне пупка..

3. Клинический узкий таз.

4. Плановая операция кесарево сечения.

5. Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке

**Задача №2.**

Повторнородящая 35 лет. После первых родов, закончившихся вакуум-экстракцией плода, в течение месяца находилась в акушерском стационаре по поводу высокой Т, субинволюции матки. Настоящая беременность 4. Было 2 мед. аборта. Предполагаемая масса плода 3700. Таз нормальный. Родовая деятельность продолжается 12 часов, малоэффективная. После очередной схватки роженица почувствовала резкую боль в животе, стала бледной. А/Д = 80/40 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин. Матка четко не контурируется. Тоны плода не прослушиваются. Из родового канала подтекают воды окрашенные кровью.

1. Поставьте диагноз.

2.Клинические признаки, подтверждающие диагноз?

3.Каковы причины, способствующие данному осложнению?

4.Можно ли предупредить данное осложнение,каким образом?

5.Какова акушерская тактика в данном случае?

**Эталон ответа:**

1. Срочные роды 2. Первый период родов. Первичная слабость родовой деятельности. ОАА. Совершившийся разрыв матки (гистопатический). Интранатальная гибель плода.

2. Резкая боль, бледность, А/Д = 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 уд/мин. Матка четко не контурируется, из родового канала подтекают воды окрашенные кровью.

3. Малоэффективная родовая деятельность, вакуум-экстракция в анамнезе, субинволюция матки после предыдущих родов.

4. Плановое кесарево сечение.

5. Срочная лапаротомия. Объем оперативного вмешательства определить на операционном столе (ушивание разрыва, ампутация матки, экстирпация).

**Тема 12. Оперативное акушерство: виды вмешательств, показания, противопоказания, виды обезболивания акушерских операций. Акушерские щипцы. Вакуумэкстракция плода. Кесарево сечение: современные модификации, возможные осложнения.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1)Наиболее часто в акушерской практике применяется:

1. корпоральное кесарево сечение

2. кесарево сечение в нижнем сегменте матки

3. влагалищное кесарево сечение

4. экстраперитонеальное кесарево сечение

5. малое кесарево сечение

2) Не является показанием к операции кесарева сечения:

1. полное предлежание плаценты

2. тазовое предлежание плода

3. сужение таза третьей-четвертой степени

4. внутриутробная гипоксия плода

5. угрожающий разрыв матки

3) Кесарево сечение :

1. по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода

2. в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов

3. по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 3O лет

4. в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения

5. в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

4) Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

1. безводный период более 12 часов

2. мертвый плод

3. хронический пиелонефрит

4. уродства плода

5. все ответы верны

5) Показанием к операции декапитации является

1. запущенное поперечное положение плода

2. угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода

3. интранатальная гибель плода в тазовом предлежании

4. гидроцефалия плода

5. антенатальная гибель плода в головном предлежании

6) Акушерская ситуация: - Второй период родов. - Головка плода в полости малого таза. - Потуги редкие, короткие, непродуктивные. - Сердцебиение плода ритмичное, 98 ударов в минуту. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

1. кесарева сечения

2. перинеотомии

3. вакуум-экстракции

4. акушерских щипцов

5. краниотомии

7) Противопоказаниями к операции кесарева сечения являются:

1. внутриутробная смерть плода

2. клинически выраженная инфекция

3. грубые пороки развития плода, несовместимые с жизнью

4. глубокая недоношенность плода

5. все вышеперечисленное

8) К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОКС ОТНОСЯТСЯ ВСЕ КРОМЕ:

1. ранения предлежащей части

2. эндометриоза рубца

3. перитонита

4. несостоятельности шва на матке

5. параметрита

9) Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются все кроме:

1. гигантского плода;

2. тазового предлежания плода массой 3300-3500 граммов;

3. поперечного положения плода;

4. острой гипоксии плода

5. СЗРП 3 степени.

10) Средняя кровопотеря при неосложненой окс составляет:

1. 500 – 600 мл;

2. 600 – 900 мл;

3. 1000 – 1200 мл

4. 1200-1500 мл

5. все ответы неверные

**Задача №1**

У беременной в 33-34 недели гестации при УЗИ определяются 3 плода, 3

плаценты. Диагноз. План ведения.

**Эталон ответа:** Диагноз: Беременность 33-34 недели. Трихориальная триамниотическая тройня. Тактика - показано кесарево сечение в 34 недели.  **Задача № 2**

Первобеременная 25 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Срок беременности 36—37 нед. При осмотре: состояние тяжелое, сознание заторможено, АД 165/100 мм рт.ст., пульс 100 ударов в 1 мин, кожные покровы бледные, выраженные отеки ног. Сердцебиение плода прослушивается, глухое.

1. Какие лечебные мероприятия необходимо провести при поступлении?

2. Какова тактика ведения беременной?

**Эталон ответа: 1**. Создать лечебно-охранительный режим.Применить гипотензивные средства. Ввести нейролептики и седативные средства. Провести комплексную инфузионную терапию.

2. Кесарево сечение в экстренном порядке.

**Тема 13. Иммуноконфликтная беременность: причины, коррекция, ведение беременности и родов, профилактика, новые технологии.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Основные эритроцитарные антигены крови человека, кроме:

1. система АВО

2. система резус

3. система Келл

4. система Даффи

5. система Виллебранда

2. Назовите системы эритроцитарных антигенов крови, в которых чаще всего

развивается несовместимость крови матери и плода:

1. система резус и система АВО

2. система Келл

3. система Даффи

4. все ответы верны

3. Назовите подклассы полных иммуноглобулинов (антител):

1. иммуноглобулины М

2. иммуноглобулины G

3. все ответы верны

4. Назовите подклассы неполных иммуноглобулинов (антител):

1. иммуноглобулины М

2. иммуноглобулины G

3. все ответы верны

5. Какие иммуноглобулины чаще всего приводят к развитию гемолитической

болезни плода по резус-фактору:

1. иммуноглобулины М

2. иммуноглобулины G

3. иммуноглобулины А

4. все ответы верны

6. Какой характер изменения титра антител чаше всего приводит к развитию

гемолитической болезни плода:

1. снижающийся

2. возрастающий

3. постоянный

7. С какой частотой необходимо сдавать анализ крови на наличие антител

при резус-сенсибилизации:

1. один раз в месяц в течение всей беременности

2. один раз в неделю

3. только при постановке на учет по беременности в женскую консультацию

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

Повторнобеременная 32 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 35-36 недель. Резуссенсибилизация (титр резус-антител 1:32). Первая беременность закончилась рождением ребенка с гемолитической болезнью. Новорожденный перенес одно заменное переливание крови.

Тактика ведения беременности?

**Эталон ответа:** Проведение УЗ-исследования с маркерами гемолитической болезни плода. При их выявлении – диагностический амниоцентез.

**Задача №2**

Повторнобеременная 27 лет доставлена машиной скорой помощи в родильный дом с диагнозом: беременность 16-17 недель. Начавшийся выкидыш. Группа крови - В(III), Rh (отр) со слов пациентки. При поступлении жалобы на боли внизу живота и незначительные кровяные выделения. На учете в женской консультации не состоит.

Тактика ведения беременности?

**Эталон ответа:** Начать лечение начавшегося выкидыша. Анализ на группу крови, резусфактор и наличие антител. При их отсутствии профилактика резуссенсибилизации путем введения анти-резусного иммуноглобулина.

**Задача №3**

Повторнобеременная 28 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 34-35 недель. Резус-сенсибилизация (титр резус-антител 1:64). В анамнезе две беременности, которые закончились прерыванием в сроке 10-11 нед. без осложнений, по желанию пациентки. Профилактика резус-сенсибилизации не проводилась. При поступлении на ультразвуковом исследовании имеются признаки гемолитической болезни плода (утолщение плаценты, многоводие, увеличение размеров печени, наличие свободной жидкости в брюшной полости у плода). Пациентка жалуется на ухудшении шевеления плода в последние два дня.

Тактика ведения беременности и родов?

**Эталон ответа:** Отечная форма гемолитической болезни плода. Показано экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечения.

**Тема 14. Инфекционно-воспалительные заболевания послеродового периода: причины, профилактика, консервативная терапия и хирургическая помощь. Сепсис и септический шок в акушерстве.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1) Профилактику восходящей инфекции следует начать через :

1. 6 часов безводного периода

2. 8 часов безводного периода

3. 12 часов безводного периода

4. 16 часов безводного периода

5. 20 часов безводного периода

2) Особенности современного течения послеродовой инфекции:

1. полиэтиологичность

2. часто вызывается условно-патогенной флорой

3. «стертость» клинической картины

4. высокая резистентность к антибактериальной терапии

5. все перечисленное выше

3) Для послеродового сепсиса характерно наличие:

1. выраженного интоксикационного синдрома (гектическая температура, ознобы)

2. токсическое поражение ЦНС (головная боль, сопор)

3. дистресс-синдром (одышка, хрипы)

4. почечно-печеночная недостаточность

5. все ответы верны

4. К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

1. тазовый тромбофлебит

2. тромбофлебит вен нижних конечностей

3. пельвиоперитонит

4. септический шок

5. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

1. при позднем токсикозе

2. при сахарном диабете

3. при патологической кровопотере в родах

4. все ответы верны

6. Послеродовый эндометрит

1. относится ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

2. всегда сопровождается лихорадкой

3. проявляется субинволюцией матки

4. является показанием к назначению внутримышечных инъекций O.O2% раствора метилэргометрина

5. диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

7. Послеродовый мастит

1. обычно вызывается золотистым стафилококком

2. чаще является вторичным процессом

3. чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом

4. в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами

5. в большинстве случаев бывает двухсторонним

**Задача№1**

У родильницы на 3-й день после кесарева сечения поднялась температура до 38,7°С. Трижды была рвота застойным содержимым. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс — 110 удар. в мин. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика очень вялая. Наклейка сухая. Выделения из половых путей гнойно-кровянистые, с запахом. Стимуляция кишечника без эффекта. Диагноз. Тактика ведения.

**Эталон ответа:**

Перитонит после КС. Релапаротомия. (экстирпация матки с трубами, туалет брюшной полости, дренирование).

Разлитой послеродовый перитонит, парез кишечника, Хорионамнионит Эндометрит

Экстирпация матки с маточными трубами, дренирование брюшной полости, антибактериальная терапия, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, трасилол, регуляция КОС, назогастральный зонд.

**Тема 15.** **Аномалии родовой деятельности. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Классификация аномалий родовых сил по ВОЗ (МКБ -10), частота, этиология.

2. Методы диагностики готовности организма к родам.

3. Определение «зрелости» шейки матки.

4. Современные методы родовозбуждения в зависимости от зрелости родовых путей.

5. Патологический прелиминарный период.

6. Причины развития слабости родовых сил.

7. Диагностика и современные методы лечения и ведения родов при слабости родовых сил.

8. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника, диагностика.

9. Основные принципы лечения и фармакологическое обоснование проводимой терапии при дискоординации родовой деятельности.

10. Осложнения для матери и плода при слабости и дискоординированной родовой деятельности.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование роженицы и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты бимануального (влагалищного) исследования, оценить готовность родовых путей к родам, КТГ исследования, объективного осмотра матки.

4. Уметь оценить сократительную деятельность матки по данным клинического обследования, кардиотокографии, обосновать действие медикаментозных препаратов.

5. Уметь поставить предположительный диагноз аномалий родовой деятельности.

6. Уметь заполнить партограмму и ее интерпретацию.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. К аномалиям родовой деятельности относят:

1. первичную слабость родовой деятельности

2. вторичную слабость родовой деятельности

3. чрезмерно сильную родовую деятельность

4. дискоординированную родовую деятельность

5. все перечисленное верно

2. В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

1. от 1O до 12 часов

2. от 8 до 1O часов

3. от 4 до 6 часов

4. от 2 до 4 часов

5. менее двух часов

3. При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены

1. путем операции кесарева сечения

2. путем операции наложения акушерских щипцов

3. путем операции перинеотомии

4. путем операции вакуум-экстракции плода

5. все перечисленное верно

4. Для патологического прелиминарного периода характерны схватки:

1. нерегулярные, слабые, малоболезненные

2. нерегулярные, слабые, безболезненные

3. регулярные, слабые, болезненные

4. нерегулярные, слабые, болезненные в течение 1–6 ч

5. нерегулярные, болезненные в течение более 6 ч

5. При лечении чрезмерной родовой деятельности наиболее целесообразно применение:

1. спазмолитиков

2. перидуральной анестезии

3. бета-адреномиметиков

4. обезболивания

5. медикаментозного сна

6. Противопоказанием к родостимуляции является:

1. внутриутробная гипоксия плода

2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

3. неправильное положение плода

4. наличие рубца на матке

5. все перечисленное верно

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Беременная 38 лет обратилась в родильное отделение с жалобами на отхождение вод 3 часа тому назад. Беременность 5-ая, доношенная, предстоят 3-ьи роды, в анамнезе 2 аборта без осложнений. Беременность протекала без осложнений. Состояние удовлетворительное. АД – 120/70 и 120/80 мм.рт. ст.

Отеков нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. ВДМ - 38 см, ОЖ - 101 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 140 уд.в мин., ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки укорочена до 1,5 см, мягкая, по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для 2 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка над 1-ой тазовой плоскостью, мыс не достижим. Емкость таза достаточная, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Диагноз, акушерская тактика.

**Эталон ответа**

Диагноз. 5 беременность 39 недель. ОАА. Дородовое излитие околоплодных вод.

Тактика ведения: учитывая удовлетворительное состояние беременной, доношенную беременность, головное предлежание плода, достаточную ёмкость таза, наличие « зрелой» шейки матки, безводный период не превышающий 12 часов– возможна выжидательная тактика, т.к. следует ожидать спонтанного наступления родовой деятельности. В течение 3 часов динамическое наблюдение за беременной и состоянием плода. В плане следует предусмотреть профилактику восходящей инфекции и при отсутствии спонтанной родовой деятельности- родовозбуждение.

**Задача № 2**.

Первородящая 32 лет, беременность доношенная. В родах 12 часов. Ночь не спала, чувствует себя утомленной. Схватки через 5-6 минут, по 20-25 секунд, слабой силы. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец над входом в малый таз. С/биение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Размеры таза: 25-28-30-20 см.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, края маточного зева толстые, плохо растяжимые. Открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода над входом в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз, акушерская тактика

**Эталон ответа**

Диагноз. 1 срочные роды. 1 период. Чисто-ягодичное предлежание плода. Первичная слабость родовой деятельности.

Тактика ведения: учитывая первичную слабость родовой деятельности у роженицы с тазовым предлежанием показано экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения.

**Тема 16. Течение и ведение беременности и родов у ВИЧ инфицированных Профилактика вертикальной передачи ВИЧ инфекции.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1)Основной путь заражения гепатитом и ВИЧ-инфекцией в условиях стационара:

1.контактно-бытовой

2.воздушно-капельный

3.фекально-оральный

4.парентеральный

5.внутриутробный

2) При загрязнении глаз персонала кровью больного необходимо обработка:

1. 1% протарголом
2. 1% борной кислоты
3. 1% хлорамином
4. 3% хлорамином
5. 6% перекисью водорода
6. 0,05% перманганата калия

3) Наиболее ранние сроки обнаружения антител к вирусу ВИЧ со дня заражения:

1. через 12 месяцев

2. через 3-4 дня

3. через 3-4 недели

4. через 5-6 месяцев

4) Наблюдения за детьми, рожденными об ВИЧ инфицированных:

Ответы:

1. не требуется

2. продолжается не менее 3 лет

3. проводится в течении года

5) При загрязнении кожи кровью необходима обработка:

Ответы:

1. 1% хлорамином

2. 1% борной кислоты

3. 3% хлорамином

4. 70 градусным спиртом

**Задача№1**

У ВИЧ-инфицированной женщины во время родов произвели вскрытие плодного пузыря, в результате чего произошло разбрызгивание околоплодных вод, капли которых попали на кожу лица и в глаза детской медицинской сестры, которая была одета в медицинский халат, шапочку, фартук, на лице – четырехслойная маска, на руках – резиновые перчатки. Она должна была проводить профилактику генобленореи у новорожденного.

1. Какие нарушения Вы отметили в данной ситуации?

2. Определите тактику медицинской сестры в целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией.

3. Какие неблагоприятные исходы беременности существуют у

ВИЧ-инфицированных женщин?

**Эталон ответа:**

1. В данной аварийной ситуации не соблюдены меры защиты при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Медсестра должна быть одета в хирургический халат, шапочку, фартук; на лице – четырехслойная маска, очки или защитный экран. Перед надеванием перчаток кожу ногтевых фаланг обработать 5% раствором йода.

2. В целях профилактики заболевания ВИЧ-инфекцией медицинская сестра должна:

а) провести обработку:

* глаза – промыть водой и обработать 0,05% раствором марганцевокислого калия;
* кожа – не втирая, обработать 70% раствором спирта, вымыть два раза теплой водой с туалетным мылом, затем снова обработать 70% раствором спирта;

б) о произошедшей аварии сообщить заведующему отделением;

в) обратиться к врачу-инфекционисту для консультации и наблюдения в течение 12 месяцев;

г) пройти лабораторное обследование на наличие антител к ВИЧ в установленные сроки;

д) по назначению врача начать прием противовирусных препаратов.

3. Среди неблагоприятных исходов беременности у ВИЧ- инфицированных женщин отмечаются повышенные показатели преждевременных самопроизвольных абортов, низкая масса тела детей при рождении, мертворождения, преждевременные роды, нарушение околоплодной оболочки, наличие других инфекций, передаваемых половым путём, бактериальной пневмонии, инфекции мочевыводящих путей и других инфекционных осложнений

**Тема 17.** **Переношенная беременность. Ведение запоздалых родов.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Пролонгированная беременность характеризуется

1. продолжительностью более 294 дня

2. развитием фетоплацентарной недостаточности

3. рождением ребенка с признаками незрелости

4. многоводием

5. маловодием

2. Для диагностики переношенной беременности используют

1. определение срока беременности по данным анамнеза

2. амниоскопию

3. окситоциновый тест Смита

4. УЗИ

5. кольпоцитоскопию

3. Для переношенной беременности не характерно

1. высокое стояние дна матки

2. нарастание массы тела беременной

3. уменьшение окружности живота

4. ограничение подвижности плода, маловодие

5. усиление или ослабление движений плода

4. Классический синдром переношенности новорожденного не включает

1. мацерацию кожи в области стоп и ладоней

2. отсутствие казеозной смазки

3. удлинение ногтей

4. отек подкожной клетчатки

5. узость швов и родничков

5. Для запоздалых родов не характерна высокая частота

1. несвоевременного излития околоплодных вод

2. клинически узкого таза

3. бурной родовой деятельности

4. гипоксии плода

5. травматизма матери

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

В дородовом отделении находится беременная 34 лет. В анам­незе роды плода массой 4500, 3 мед аборта, 2 самопроизвольных выкидыша в 25 и 22 нед. Жалоб нет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 42 нед. беременности, в нормальном тонусе. Шевеление плода ощущается в 18 нед., сердцебиение выслушивается, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, отклонена кзади. Наружный зев размягчен, пропускает 2 пальца. Выделения в умеренном количестве, белые.

Анализы крови, мочи – без патологических изменений, в мазке из влагалища: лейкоциты – 10-12 в п/з, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Диагноз

2. Акушерская тактика

3. Причины перенашивание беременности?

4. Запоздалые роды- это?

5. Дайте определение переношенной беременнсти?

**Эталон ответа:**

1. беременность 42 недель, ОАА. Ожирение. Привычное невынашивание беременности.

2. Родоразрешение путем кесарево сечения

3. Отсутствие родовой доминанты, эндокринные заболевания, плацентарная недостаточность, маловодие, пороки развития плода.

4. Роды в сроке 41-42 нед нормальным плодом

5. Срок беременности 42 нед и более с признаками перезрелости плода

**Тема 18**. **Многоплодная беременность.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Факторами, способствующими многоплодной беременности, являются:

А. возраст более 35 лет

Б. наследственный фактор

В. беременность после отмены оральных контрацептивов

Г. беременность на фоне применения вспомогательных репродуктивных технологий

Д. все вышеперечисленное

2. Сколько хорионов (плацент) может формироваться при однояйцевой двойне?

А. три

Б. две

В. одна

3. Сколько хорионов (плацент) формируется при двуяйцевой двойне?

А. одна

Б. две

4. Ультразвуковыми признаками бихориальной двойни в I триместре являются:

А. два плодных яйца

Б. два эмбриона

В. толстая межплодовая перегородка

Г. λ-признак у основания межплодовой перегородки

Д. все вышеперечисленное

5. Что является ультразвуковой критерием монохориальнойбиамниотической двойни в I триместре?

А. все ответы верны

Б. два эмбриона

В. два желточных мешка

Г. тонкая межплодовая перегородка

Д. Т-признак у основания межплодовой перегородки

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

У пациентки при сроке беременности 34 недели при УЗИ определяется 2 плода, оба в головном предлежании. I плод соответствует 34-недельному сроку беременности, у II плода показатели фетометрии соответствуют 30 неделям. беременности. Плацента одна, расположена по передней стенке матки, II степени зрелости, межплодовая перегородка 1,2 мм, количество околоплодных вод в пределах нормы. Диагноз.

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 34 недели . МХБА двойня. Головное предлежание плодов. Задержка роста 2 плода 2 степени.

**Задача №2**

У пациентки в 14 недель беременности при УЗИ обнаружено 2 плода, соответствующие предполагаемому сроку беременности. Визуализируется 2 плаценты: одна на передней стенке матки, другая на задней. Межплодовая перегородка 2,5мм. Диагноз. Тактика ведения.

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 14 недель. БХБА двойня. Тактика– динамическое наблюдение за ростом плодов.

**Задача №3**

У пациентки данные УЗИ: 2 плода, соответствующие 15-недельному сроку беременности. Одна плацента по передней стенке матки, у основания межплодовой перегородки определяется λ-признак. Толщина перегородки 2 мм. Количество околоплодных вод нормальное. Сердцебиение обоих плодов определяется. Диагноз

**Эталон ответа.** Диагноз: Беременность 15 недель. БХБА двойня (слившиеся плаценты).

**Тема 19.** **ДВС-синдром в акушерстве: причины, диагностика, способы коррекции.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Физиология и механизмы регуляции системы гемостаза 2. Основные изменения сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза при синдроме диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

3.Этиологические формы острого и подострого ДВС синдрома

4 Классификация ДВС синдрома

5.Диагностика ДВС синдрома

6. Клиническое течение ДВС синдрома

7. Лечение в зависимости от фазы ДВС синдрома. Акушерская тактика

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо ...

1) опорожнить мочевой пузырь:

2) начать восполнение объема потерянной крови:

3) произвести ручное обследование полости матки и ее наружно-внутренний массаж:

4) ввести средства тономоторного действия;

5) при выявлении атонии незамедлительно приступить к удалению матки.

6) все перечисленное верно

2. Если в течение 30 минут нет признаков отделения плаценты. следует ...

1) приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа;

2) воспользоваться ультразвуковой диагностикой;

3) применить прием Креде-Лазаревича;

4) выделить послед по методу Абуладзе;

5) произвести наружный массаж матки.

3. Маточные артерии ...

1) проходят вдоль боковых стенок матки;

2) подходят к матке в составе круглой маточной связки;

3) отходят от внутренних подвздошных артерий;

4) отходят от аорты;

5) отходят от почечных артерий.

4. Дифференциальная диагностика плотного прикрепления и приращения плаценты ...

1) не имеет практического значения;

2) проводится во время операции ручного отделения плаценты:

3) осуществляется приемом Креде-Лазаревича;

4) основана на различных степенях кровопотери и времени начала кровотечения;

5) основана на определении признаков отделения плаценты.

5. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

1) встречается при эмболии околоплодными водами;

2) может развиться при тяжелых формах гестоза;

3) в первой стадии проявляется гиперкоагуляцией, связанной с тромбопластином;

4) в первой стадии проявляется коагулопатией потребления связанной с уменьшением содер-жанияпрокоагулянтов :

5) в первой стадии проявляется гипокоагуляцией с генерализованной активацией фибринолиза.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков полного отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается. Тактика врача?

**Эталон ответа.**Произвести ручное отделение плаценты выделения последа.

**Задача №2**

Повторнородящая Б., 38 лет. Поступила в родильное отделение через

11 часов после начала регулярной родовой деятельности. Схватки слабые, через 7-8 мин по 25-30 сек, малоболезненные. Воды не отходили. Из анамнеза известно: настоящая беременность 2-я, 1-я беремен кость закончилась срочными родами 3 года назад, которые осложнились первичной и вторичной слабостью родовой деятельности и закончились наложением выходных акушерских щипцов. После- родовой период осложнился эндометритом.

Настоящая беременность осложнилась анемией (НЬ - 90 г/л), обострением хронического калькулезного холецистита при сроке беременности 27/28 нед.

При влагалищном исследовании на момент поступления обнаружено: шейка матки сглажена, края средней толщины, ригидные, раскрытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим.

Ввиду слабости родовой деятельности назначена родостимуляция. Через 10 часов родилась живая доношенная девочка с массой 3250 г, ростом 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 30 мин после рождения ребенка родился послед - без дефектов плацентарной ткани. Оболочки все. Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение из половых путей. Состояние родильницы ухудшилось. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, стенки матки плохо контурируются, дно ее на 1,5 поперечных пальца выше пупка. Кровопотеря составила 500 мл (масса тела роженицы 68 кг). Кровотечение продолжается. Диагноз. Тактика врача.

**Эталон ответа.** Гипотония матки, кровотечение. Геморрагический шок ,компенсированный .

Ручное обследование полости матки, наружновнутренний массаж матки на кулаке; инфузионная, утеротоническая терапия.

**Тема 20. Пренатальная диагностика. Ведение беременности и родов у беременных с ВПР плода.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Показания и противопоказания к операции кесарево сечение

2. Условия и виды операции кесарева сечения в современном акушерстве

3. Осложнения после операции кесарева сечения и плодоразрушающих операций

4. Профилактика послеродовых осложнений

5. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения

6. Показания и противопоказания к наложению акушерских щипцов и вакуумэкстрактора

7. Условия для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

8. Осложнения после операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

9. Профилактика осложнений

10. Течение и ведение родов при наличии крупного плода

**Практические навыки:**

1. Уметь целенаправленно собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.

2. Уметь провести объективное исследование пациентки и выбрать метод родоразрешения.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования для правильного выбора метода родоразрешения.

4. Уметь определить тактику ведения беременности и метода родоразрешения.

5. Уметь выявлять показания к операции кесарева сечения.

2. Уметь подготовить пациентку к плановой и экстренной операции кесарева сечения

3. Уметь вести пациентку в послеоперационном периоде

4. Правильно выбрать и назначить методы профилактики послеоперационных осложнений

11. Уметь накладывать акушерские щипцы

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Наиболее часто в акушерской практике применяется

1. корпоральное кесарево сечение

2.кесарево сечение в нижнем сегменте матки

3. влагалищное кесарево сечение

4. экстраперитонеальное кесарево сечение

5. малое кесарево сечение

.2К родоразрешающим операциям относится

1. кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция

2. перинеотомия

3. наружно-внутренний поворот плода на ножку

4. краниотомия

5. амниотомия

3. Совершенствование техники кесарева сечения связано с именем

1. В.И.Ельцова-Стрелкова

2. Л.А.Гусакова

3. И.Земмельвейса

4. И.Ф.Эразмуса

5. П.Чемберлена

4. Показанием к операции кесарева сечения является

1. полное предлежание плаценты

2. тазовое предлежание плода

3. сужение таза третьей-четвертой степени

4. внутриутробная гипоксия плода

5. угрожающий разрыв матки

5. Кесарево сечение

1. позволяет снизить перинатальную смертность

2. повышает риск материнской смертности от 4 до 1O раз

3. предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям

4. повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза

5. всегда сопровождается кровопотерей более 4OO мл

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

У повторнородящей при доношенной беременности потуги длятся более 1 часа. Во время очередной потуги пациентка почувствовала резкую боль в животе, слабость, головокружение. Из родовых путей появились кровяные выделения в объеме 100 мл. АД снизилось до 85/50 мм рт. ст. (рабочее АД – 120/80 мм рт. ст.), пульс - 120 уд.в мин. Головка плода расположена малым сегментов во входе в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода 90 уд.в мин., приглушено. Вне потуги матка полностью не расслабляется. Нижний сегмент матки тонкий, болезненный при пальпации. Отмечается высокое стояние контракционного кольца. При влагалищном исследовании – открытие шейки матки полное, головка плода прижата к входу в малый таз, выделения кровяные, умеренные. Диагноз. План ведения.

**Эталон ответа:**

Диагноз: Беременность 40 нед., продольное положение плода, головное предлежание, 2 период родов, клинически узкий таз, начавшийся разрыв матки (механический, по Бандлю), геморрагический шок, острая гип

оксия плода. План ведения: экстренная нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, ревизия органов малого таза для решения вопроса о возможности ушивания разрыва или удалении матки, мероприятия направленные на восполнение кровопотери (инфузионно-трансфузионная терапия, использование аппарата «sell-saver» и т.д.), реанимационные мероприятия для новорожденного, мероприятия, направленные на восполнение кровопотери и профилактику кровотечения в послеоперационном периоде.

**Модуль 3. Гинекология.**

**Тема 1.** **Воспалительные заболевания органов малого таза: классификация, клиника, лечение. Воспалительные заболевания половых путей, вызванные специфическими возбудителями (гонорея, туберкулёз, сифилис).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. эпидемиология, этиология и патогенез воспалительных заболеваний гениталий,  
2. классификация воспалительных заболеваний,  
3. клинические проявления хронических воспалительных заболеваний (хронический эндометрит, хронический сальпингоофорит),  
4. диагностика воспалительных заболеваний половых органов,  
5. подходы к лечению острых и хронических воспалительных заболеваний,  
6. принципы терапии острых и хронических воспалительных заболеваний,  
7. показания к оперативному лечению острых воспалительных заболеваний,  
8. оперативные вмешательства при хронических воспалительных заболеваниях,  
9. Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. При воспалительных тубоовариальных образованиях придатков матки в какой из перечисленных соматических систем часто наблюдается поражение вплоть до прекращения функции:

1. Кроветворной;
2. Мочеполовой
3. Сердечно-сосудистой;
4. Гепато-биллиарной.
5. Нервной

2. Наиболее частой локализацией туберкулеза гениталий является:

1. Влагалище;
2. Вульва;
3. Шейка матки;
4. Эндометрий;
5. Маточные трубы.

3. При лечении хламидийной инфекции женских половых органов назначают:

1. Цефалоспорины;
2. Макролиды;
3. Сульфаниламиды;
4. Фторхинолоны;
5. Всё вышеперечисленное

4. При разрыве пиосальпинкса проводится:

1. Консервативное лечение
2. Введение антибиотиков после лапароскопического дренирования
3. Экстирпация матки с придатками
4. Удаление пораженного органа
5. Аднексэктомия

5. Хронический вульвит чаще наблюдается при:

1. Ревматизме
2. Хроническом холецистите
3. Циститее
4. Сахарном диабете
5. Правильные ответы 3, 4

6. Наиболее эффективный метод провокации при диагностике женской гонореи:

1. Алиментарный

2. Химический

3. Биологический

4. Механический

5.физический

7. Для пельвеоперитонита гонорейной этиологии характерно:

1. Склонность к образованию спаек

2. Образование тубоовариальных абсцессов

3. Наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

4. Правильные ответы 1 и 3

5. Все ответы правильные

8. Критерии излеченности больных гонорей устанавливаются после лечения в течении:

1. 1 месяца

2. 2 мес

3. 3 мес

4. 4 мес

5. 5 мес

9. При сформировавшемся гнойно-воспалительном образовании придатков матки показано:

1. Пункция образования через задний свод влагалища, опорожнение гнойной полости и введение туда антибиотиков

2. Хирургическое лечение

3. Лечение пирогеналом

4. Лечение гоновакциной

5 симптоматическая терапия

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Пациентка 22 года.жалобы на острые боли внизу живота, высокую температуру, слабость,тошноту,2 недели назад случайное половое сношение. Состояние тяжелое,бледность,одышка,холодный пот,боли внизу живота, симптомы раздражения брюшины (+),свободной жидкости нет,гнойные выделения. Предположительный диагноз? Обследования? Тактика лечения?

**Эталон ответа:**

Д-оз : восходящая гонорея. Пельвиоперитонит гонорейной этиологии.

Диф. Д-оз: внематочная, перекрут или апоплексия,о.аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, тубоовариальный абсцесс.

Обследование: узи,мазок на гонорею, на степень чистоты из 3 точек, пункция заднего свода с исследованием пунктата (для исключеня внематочной), анализы те же, консультация хирурга,посев на флору и чувствительность к аб.

Тактика: леч. Сепсиса и пельвиоперитонита, специфическая аб-терапия.трехкратная провокация и мазки.

**задача №2**

Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °с, гнойные вы- деления из половых путей, рези при мочеиспускании.  
Из анамнеза: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструаль- ного цикла, когда появились указанные выше симптомы.  
Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах.  
Гинекологическое исследование: уретра инфильтрирова- на, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечно- го канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, бо- лезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.  
При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.  
Вопрос 1. Ваш диагноз?  
Вопрос 2. Тактика врача женской консультации.  
Вопрос 3. Каковы критерии излеченности гонореи?  
**Ответ.**1. Свежая острая восходящая гонорея. 2. Направить пациентку в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения. 3. Отсутствие жалоб. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибакте- риальной терапии. Отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации в течение 3-менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения комплексной провокации.

**Тема 2.** **Пельвиоперитонит, перитонит, сепсис в гинекологии.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов, факторы, способствующие и препятствующие распространению инфекции в женских половых органах.
2. Характеристика нормального микробиоценоза репродуктивной системы. Роль микробного фактора и пути распространения септической инфекции при воспалительных процессах гениталий.
3. Морфологические изменения при воспалении (фазовые компоненты воспалительной реакции): альтерация, экссудация, пролиферация.
4. Классификация воспалительных заболеваний половой системы (по этиологии, по локализации, по характеру клинического течения)
5. Воспалительные неспецифические заболевания нижних отделов половых путей а. Клинические формы острого бартолинита, их диагностика и лечение;б. Клинические проявления острого кольпита (цервицита) в зависимости от этиологии. Диагностика, этапы лечения, критерии излеченности.
6. Эндометрит и эндомиометрита: клиника, диагностика, принципы лечения острого и хронического эндометрита.
7. Острый сальпингоофорит (анамнез, объективные данные, гинекологический статус, лабораторные исследования). Тубоовариальные образования.
8. Особенности клинической картины пельвиоперитонита и параметрита.
9. Принципы лечения острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов.
10. Показания для оперативного лечения воспалительных заболеваний органов малого таза
11. Показания и противопоказания к физиотерапевтическим и санаторно-курортным методам лечения
12. Методы профилактики воспалительных заболеваний половых органов. Динамическое наблюдение в женской консультации.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Термин «сальпингоофарит» обозначает:

1. Воспаление матки;

2. Воспаление придатков матки;

3. Воспаление околоматочной клетчатки;

4 воспаление влагалища

5. Воспаление брюшины малого таза

2.Термин «эндоцервицит» обозначает:

1. Воспаление слизистой влагалища;

2.воспаления слизистой матки;

3. Воспаление парауретральных ходов;

4. Воспаление слизистой канала шейки матки.

5 воспаление слизистой шейки матки

3. Термин «пельвиоцеллюлит» обозначает:

1. Воспаление придатков матки;

2. Воспаление матки;

3. Воспаление клетчатки малого таза

4. Воспаление забрюшинной клетчатки.

5. Воспаление брюшины малого таза

4. Какие возбудители являются наиболее частой причиной неспецифических воспалительных заболеваний:

1. Синегнойная палочка;

2. Условнопатогенная микрофлора

3. Анаэробы

4. Грамотрицательная флора;

5. Бактероиды.

5. Симптомы при пельвиоперитоните все кроме:

1. Высокой температуры;

2. Резкой боли внизу живота;

3. Многократной рвоте;

4. Мягкого живота при пальпации;

5. Положительного симптома Щеткина – Блюмберга.

6. Для острого аднексита, в отличие от острого аппендицита, характерно всё кроме:

1. Постепенного начала заболевания;

2. Умеренного повышения лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию;

3. Симптомов раздражения брюшины быстрого нарастания лейкоцитов с выраженным сдвигом формулы влево;

4. Отсутствию симптомов раздражения брюшины или их нерезкой выраженности.

5. Незначительной выраженности симптомов интоксикации

7. С каким из нижеперечисленных заболеваний приходится часто дифференцировать аппендицит:

1. Эндометрит;

2. Сальпингоофорит;

3. Экссудативный пельвиоперитонит;

4. Воспалительные тубоовариальные образования придатков матки.

5. Пищевая токсикоинфекция

8. Перечислите показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний придатков матки:

1. Острый аднексит с формированием воспалительных тубоовариальных образований;

2. Перитонит;

3. Перфорация гнойных воспалительных образований придатков матки.

4. Всё вышеперечисленное верно

5. Ничего из вышеперечисленного

9. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

1. Переход в хроническую форму;

2. Генерализация инфекции с развитием пельвиоперитонита;

3. Абсцедирование;

4. Формирование синдрома хронических тазовых болей.

5. Все вышеперечисленные

10. Укажите метод лечения при разрыве пиосальпинкса:

1. Консервативный;

2. Только введение антибиотиков при пункции заднего свода;

3. Экстирпация матки с придатками;

4. Удаление пораженной трубы.

5. Аднексэктомия

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5ºC. Менструальная функция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37, 5 º C. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 уд/мин, АД 120/ 80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненный во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина – Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гноевидные.  
1.Какой диагноз наиболее вероятен?  
2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?  
**Эталон ответа:** 1. пельвиопоритонит. 2. пункция заднего свода влагалища. При гнойном содержимом вскрытие и дренирование прямокишечно-маточного углубления через задний свод (бак.посев на чувствительность к а/б). Параллельно выяснение причины перитонита. Постельный режим, покой, холод на низ живота. А/б (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, метронидазол). Дезинтоксикация (гемодез, реополиглюкин, глюкоза). Десенсибилизация. Коррекция водно-электролитного обмена, КОС.

**Тема 3. Патология шейки матки, влагалища и вульвы. Предраковые процессы. Роль ВПЧ. Вакцинация.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Анатомо-функциональные особенности шейки матки. Строение эпителиального покрова шейки матки. Понятие о «переходной зоне», её расположение в зависимости от возраста женщины и гормонального статуса.
2. Методы диагностики патологии шейки матки. Простая кольпоскопия. Расширенная кольпоскопия. Микрокольпоскопия. Цервикоскопия. Цитологическое исследование. Техника забора биопсии для гистологического исследования при патологии шейки матки.
3. Классификация заболеваний шейки матки

Фоновые заболевания шейки матки. Понятие о нормоплазии. Эрозия шейки матки. Эктопия шейки матки. Понятия «метаплазия», «зона трансформации». Эктропион. Лейкоплакия. Эритроплакия. Полипы шейки матки. Клинические проявления фоновых заболеваний. Диагностика и основные принципы ведения больных с фоновыми заболеваниями шейки матки.

1. Предраковые заболевания. Понятие о дисплазии. Классификация дисплазий по степени тяжести. Факторы риска развития предрака и рака шейки матки. Вирус папилломы человека как онкогенный фактор. Диагностика, основные принципы лечения и динамического наблюдения больных с дисплазиями шейки матки.
2. Рак шейки матки. Классификация (FIGО и ТNМ). Основные принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
3. Профилактика заболеваний шейки матки.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:

1. Цилиндрическим эпителием;

2. Однослойным многорядным эпителием;

3. Железистым эпителием;

4. Многослойным плоским неороговевающим эпителием;

5. Многослойным плоским ороговевающим эпителием.

2. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся все кроме:

1. Простой лейкоплакии;

2. Дисплазии;

3. Эритроплакии;

4. Эктропиона;

5. Рецидивирующего полипа канала шейки матки.

3. Наиболее информативный скрининг-тест для ранней диагностики рака шейки матки - это:

1. Простая кольпоскопия;

2. Бимануальное ректовагинальное исследование;

3. Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки;

4. Вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. Цитологическое исследование эндометриального аспирата.

4. Наиболее информативный метод диагностики дисплазии шейки матки - это:

1. Расширенная кольпоскопия;

2. Гистологическое исследование биоптата шейки матки;

3. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки;

4. Вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5. Бимануальное ректовагинальное исследование.

5. Цитологическим эквивалентом понятия «дисплазия шейки матки» является:

1. Акантоз;

2. Дискариоз;

3. Гиперкератоз;

4. Кариолизис;

5. Все перечисленное выше.

6. Для лечения дисплазии шейки матки применяют все пере­численные ниже методы, кроме:

1. Диатермокоагуляции;

2. Электроконизации;

3. Лазеротерапии;

4. Конусовидной ампутации шейки матки по штурм- дорфу;

5. Высокой ампутации шейки матки.

7. Диагноз внутриэпителиального рака шейки матки может быть установлен только на основании результатов:

1. Цервикоскопии;

2. Гистероскопии;

3. Гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса;

4. Расширенной кольпоскопии;

5. Цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки.

8. Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки:

1. Тазовая боль;

2. Слизисто-гнойные бели;

3. Контактные кровотечения;

4. Ациклические маточные кровотечения;

5. Диспареуния.

9. Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1. Рецидивирующий полип цервикального канала;

2. Истинная эрозия;

3. Дисплазия;

4. Эктропион;

5. Эндометриоз.

10. Определите объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном инфильтративным раком шейки матки:

1. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и канала шейки матки;

2. Тугая тампонада влагалища;

3. Чревосечение, экстирпация матки;

4. Циркулярное наложение зажимов на шейку матки;

5. Чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.**   
Больная 42 лет обратилась в женскую консультацию с кровянистыми выделениями из половых путей.  
ИЗ АНАМНЕЗА: Менструации регулярные. Имела 5 беременностей (2 родов и 3 медаборта). Последние 5 лет к гинекологу не обращалась. В течение полугода беспокоят обильные желтоватые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови.  
ОСМОТР: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые бледные. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, бочкообразной формы, слизистая темно-багрового цвета, из цервикального канала необильные сукровично-кровянистые мутные выделения с неприятным за- пахом. Бимануально: влагалищная часть шейки матки бочкообразно расширена, очень плотная, неподвижная. Тело матки несколько больше нор- мы. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, доходящие до стенок таза.  
Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?  
Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?  
Вопрос 3. Тактика врача женской консультации?  
**Эталон ответа:** 1. Рак шейки матки. 2. Ректовагинальное обследование, УЗИ, биопсия, консультация онколога. 3. Направить на госпитализацию в гинекологическое отделение в плановом порядке

**Тема 4. Маточные кровотечения в гинекологии. Морфология эндометрия. Предраковые процессы.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Определение понятий «гиперплазия» и «полип» эндометрия. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. Понятие предраке эндометрия.

2. Этиология и патогенез гиперпластических процессов эндометрия. Понятие об относительной и абсолютной гиперэстрогении. Роль внегонадного метаболизма эстрогенов в возникновении дисгормональной патологии эндометрия. Рецепция эндометрия. Роль повреждающих воздействий на эндометрий в развитии гиперпластических заболеваний (внутриматочные вмешательства, применение внутриматочной контрацепции, инфекции).

3. Понятие о патогенетических вариантах развития гиперпластических процессов и рака эндометрия.

4. Понятия о факторах риска.

5. Клинические проявления гиперпластических процессов эндометрия.

6. Методы диагностики патологии эндометрия (эхография, гистероскопия, гистерография, гистологическое исследование эндометрия).

7. Принципы лечения и динамического наблюдения больных с патологией эндометрия в зависимости от возраста, гистологического типа гиперпластического процесса, его патогенетического варианта.

8. Классификация рака тела матки (гистологические типы, по степени

распространения).

9. Клиника рака тела матки (ранние и поздние симптомы).

10. Профилактика рака тела матки.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Для первого патогенетического варианта рака эндометрия характерны все перечисленные ниже, кроме:

1. Атрофии эндометрия;

2. Стойкой ановуляции в анамнезе;

3. Нарушения детородной функции;

4. Гиперплазии тека-ткани яичника;

5. Ожирения или/и сахарного диабета.

2. Для второго патогенетического варианта рака эндометрия характерно всё перечисленное ниже, кроме:

1. Высокой степени дифференцировки опухоли;

2. Быстрого роста и метастазирования;

3. Отсутствия чувствительности опухоли к прогестинам;

4. Низкой частоты развития синхронных опухолей в яичнике, молочных железах, толстой кишке;

5. Глубокой инвазии в миометрий.

3. Основной клинический симптом рака тела матки:

1. Хроническая тазовая боль.

2. Контактные кровотечения.

3. Ациклические кровотечения.

4. Нарушение функции соседних органов.

5. Бесплодие.

4. Основной метод диагностики рака тела матки:

1. Гистологическое исследование соскоба эндометрия.

2. Цитологическое исследование аспирата из полости матки.

3. Трансвагинальная эхография.

4. Гистероскопия.

5. Рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

5. К предраковым относят следующие состояния эндометрия

1. Железисто-кистозную гиперплазию.

2. Железистый полип эндометрия.

3. Атрофию эндометрия.

4. Атипическую гиперплазию.

5. Все перечисленные выше.

6. К факторам риска развития предраковых заболеваний и рака эндометрия относят все перечисленные ниже, кроме:

1. Стойкой ановуляции;

2. Ожирения и артериальной гипертензии;

3. Длительного использования внутриматочного контрацептива;

4. Сахарного диабета;

5. Бесплодия эндокринного генеза.

7. Перечислите основные морфологические признаки атипи­ческой гиперплазии эндометрия:

1. Преобладание железистых компонентов над стромальными;
2. Хаотичное расположение желез;
3. Изменение формы и размеров желез;

4. Разрушение цитогенной стромы между атипическими железами;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

8. Риск развития атипической гиперплазии эндомет­ия наиболее высок при следующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваниях:

1. Сахарном диабете второго типа.

2. Синдроме поликистозных яичников.

3. Феминизирующей опухоли яичников.

4. Гиперлипидемии.

5. Верны все ответы.

9. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста применяют:

1. Прогестагены;
2. Конъюгированные эстрогены;
3. Низкодозированные комбинированные эстроген-геста-генные препараты;
4. Андрогены;
5. Верны ответы 1, 3.

10. Выбор схемы лечения гиперпластических процессов эндометрия зависит от:

1. Возраста женщины;
2. Наличия сопутствующих обменно-эндокринных нару­шений;
3. Формы и степени тяжести гиперпластического процесса;
4. Наличия сопутствующих заболеваний гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем;
5. Верны все ответы.

**Ситуационные задачи**

**Задача 1.**

Больная 45 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровянистые выделе- ния не прекращаются на протяжении 7 дней, начинались как менструация.  
ИЗ АНАМНЕЗА: Последние пол года отмечает межменструальные кровотечения, к гинекологу не обращалась, самостоятельно принимала этамзилат натрия в таблетках. В анамнезе 2 родов, 3 медаборта.  
ОБСЛЕДОВАНИЕ: При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертро- фирована, деформирована, из цервикального канала исходит багрово- синюшное образование размерами 3×2 см, выделения обильные темно- кровянистые. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены. Гемоглобин при поступлении 78 г/л.  
Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?  
Вопрос 2. Для установления диагноза необходимо выполнить?  
Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?  
**Эталон ответа:** Полип эндометрия. Полипэктомию, гистероскопию с гистологическим исследованием  
удаленного материала. Гормональное лечение в зависимости от гистологической характеристики полипа.

**Тема 5. Олиго и аменорея: причины, патогенез, классификация, принципы терапии.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Характеристика менструального цикла
2. Уровни регуляции менструального цикла
3. Нормальные показатели менструальной функции
4. Классификация нарушений менструальной функции
5. Этиология нарушений менструальной функции
6. Определение гипоменструального синдрома, аменореи
7. Классификация аменореи (физиологическая - патологическая; первичная – вторичная, истинная - ложная; по уровню и характеру повреждения)
8. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи центрального происхождения
9. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения яичниковой формы аменореи
10. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения маточной формы аменореи
11. Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения аменореи, связанной с поражением надпочечников и щитовидной железы

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Назовите гинекологические заболевания, при которых задержка менструации является характерным синдромом:

1. Воспаление придатков матки;

2. Лейомиома матки;

3. Аденомиоз;

4. Внематочная беременность;

5.все вышеперечисленные

2. Аменорея считается физиологической, когда менструация отсутствует:

1. До периода пубертата;

2. В период лактации.

3. Во время беременности

4. В постменопаузе.

5. Все ответы верны

3. Аменорея считается физиологической, во всех случаях кроме

1. Периода до пубертата;

2. Периода лактации.

3. Беременности

4. Постменопаузы

5.нарушения функции гипофиза

4. Какие из следующих причин могут вызвать аменорею**:**

1. Аномалии строения половых органов;

2. Нарушение функции яичников;

3. Нарушение функции гипофиза;

4. Нарушение функции гипоталамуса.

5. Все вышеперечисленные

5. Вторичную маточную форму аменореи не может вызвать

1. Туберкулезный эндометрит;

2. Грубая травматизация эндометрия при выскабливании матки;

3. Адрено-генитальный синдром;

4. Воздействие на эндометрий прижигающих веществ;

5. Внутриматочные контрацептивы.

6. Вторичная аменорея диагностируется при отсутствии менструации в течение**:**

1. 3 и более месяцев;

2. 6 и более месяцев;

3. 9 и более месяцев;

4. 2-х и более лет.

5. 1 года

7. Аменорея гипофизарная обусловлена**:**

1. Синдромом шихана;

2. Дисгенезией гонад;

3. Болезнью иценко-кушинга;

4. Синдромом шерешевского-тернера

5. Всё вышеперечисленное верно

8. В основе синдрома шихана лежит:

1. Опухоль гипофиза;

2. Некроз гипофиза;

3. Функциональная недостаточность гипофиза;

4. Синехии полости матки.

5. Всё вышеперечисленное

9. Для синдрома киари-фромеля характерны:

1. Аменорея;

2. Гиперпролактинемия;

3. Галакторея;

4. Ничего из вышеперечисленного

5. Всё вышеперечисленное.

10. С целью диагностики маточной формы аменореи используют:

1. Исследование гормонального профиля;

2. Тесты функциональной диагностики;

3. Генетическое обследование;

4. Гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание;

5. Пробу шуварского.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1**.

Больная 28 лет. Жалобы на редкие менструации, через 2-3 месяца, бесплодие в течение 6 лет. Объективно: рост 164 см, вес 90 кг, ожирение универсальное, гирсутизм. Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки покрыта неизмененной слизистой, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: матка не увеличена, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без видимой патологии. Своды свободные. Результаты обследования: базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 4,6 МЕ/л, ПРЛ – 423 мМЕ/л. По данным трансвагинального УЗИ: матка 4,7\*3,2\*4,5 см, эндометрий 6 см, яичники: правый – 5,3\*2,3\*3,3 см, левый – 4,8\*2,4\*3,1 см, строма гиперэхогенная, под капсулой визуализируются кистозные фолликулы диаметром 6-8 мм., преимущественно по переферии.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Лечение?

**Эталон ответа:**

Диагноз**:** СПКЯ. Ожирение I степени.

Лечение: Дополнительное обследование: инсулин+ глюкоза. КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

**Задача №2**.

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 2 месяца.

Гинекологический статус; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (++). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Тактика врача женской консультации

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. Пременопаузальный синдром.

Тактика врача женской консультации: УЗИ органов малого таза, Гормональное исследование :ФСГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол.

**Задача №3**.

Больная М., 34 года, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бесплодие, нарушение менструальной функции. Месячные с 18 лет, до настоящего времени цикл носит нерегулярный характер с задержками до 3-4-х месяцев. По данным УЗИ, яичники увеличены в размерах до 4,5х3х3,5 см, поликистозной структуры, с утолщенным корковым слоем.

1. Диагноз.

2. Необходимое обследование в женской консультации.

3. Возможные методы диагностики в стационаре.

4. Лечение.

5. Прогноз для беременности,

**Эталон ответа:**

Диагноз: НОМЦ. СПКЯ?

Необходимое обследование в женской консультации: Гормональное исследование ФСГ, ЛГ, Пролактин , ТТГ, Эстрадиол, 17 ОН-прогестерон, ДГЭАs, инсулин+глюкоза, тестостерон.

Возможные методы диагностики в стационаре: Лапароскопия

Лечение: КОК (этинилэстрадиол 30 мг+ дроспиренон 75 мг) , фолиевая кислота 400 мг.

Прогноз для беременности благоприятный.

**Тема 6. Гиперандрогенные состояния: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение и реабилитация.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Гиперандрогения яичникового генеза, причины, диагностика

2.Гиперандрогения надпочечникового генеза, причины

3.Диагностика гиперандрогении

4.Принципы гормонального обследования

5.Принципы лечениря гиперандрогений

6. Методы контрацепции при гиперандрогении

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Причиной гиперандрогении может являться

         1)   гипертеноз яичника

         2)   арренобластома яичника

         3)   склерокистоз яичника

         4)   феохромоцитома надпочечника

         а)   верно 1, 2, 3

         б)   верно 1, 2

         в)   все перечисленное

         г)   верно 4

         д)   ничего из перечисленного

2.Действие андрогенов на уровне рецепторов:

       1) 5 альфа – редуктаза;

       2) спиронолактон;

       3) циметидин;

       4) преднизолон;

       5) эстрогены.

3.Гиперандрогения может быть

1.Истинной

2.Транспортной

3.Рецепторной

4.Ятрогенной

5.Все ответы верны

4. Основными источниками андрогенов в женском организме являются:

1. Тека-ткань фолликула

2.Надпочечники.

3.Головной мозг.

4. Все ответы верны

5.Д ля опухолевидных образований яичников характерно:  
Варианты ответа:  
1. пролиферация эпителия клеточных элементов стенки

2. отсутствие пролиферации эпителия клеточных элементов стенки

3. состоят из паренхимы и стромы  
4. образуются из половых клеток  
5. подвержены метаплазии и параплазии.

**Ситуационные задачи.**

**Задача 1**

У женщины 25 лет родилась доношенная девочка массой 3500г. Мать правильного телосложения, развита по женскому типу, нормального питания. Считает себя здоровой. Мужу 27 лет, здоров. Периода бесплодия в семье не было. Беременность первая.

При сборе анамнеза удалось выявить, что тетя пациентки имеет явные признаки гиперандрогении: низкий рост, гиперстеническое телосложение, гирсутизм, страдает бесплодием. Беременность у пациентки протекала на фоне плацентарной недостаточности, по поводу чего лечилась амбулаторно. При осмотре ребенка неонатолог обратил внимание на особенности строения половых органов: увеличение клитора в виде пениса, наличие урогенитального синуса, углубление преддверия влагалища, высокую промежность с недоразвитием больших и малых половых губ.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.

2. Этиология и патогенез данной патологии.

3. Какое лечение должно быть назначено, его продолжительность.

4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

**Эталон ответа:** При решении задачи обращаем внимание на явные признаки аномалии развития половых органов новорожденной девочки: признаки маскулинизации. Таким образом, патология является врожденной. Указанные признаки типичны для гиперандрогении, обусловленной нарушением функции коры надпочечников, а именно, классической (врожденной) формы агс. Так как агс является наследственным заболеванием с аутосомнорецессивным типом наследования, родители ребенка не имеют признаков заболевания, но являются носителями измененных генов. Однако признаком наследственной предрасположенности к агс является указание на наличие в семье низкорослой женщины с нарушением полового развития и бесплодием. Агс связан с врожденным дефектом ферментных систем, участвующих в синтезе стероидов корой надпочечников. У подавляющего большинства больных определяется дефицит 21-гидроксилазы. При полном блоке фермента ребенок нежизнеспособен. Частичный блок приводит к избыточному образованию 17-гидроксипрогестерона и метаболитов с андрогенным действием. Накопление 17-гоп по механизму обратной связи вызывает повышение секреции актг. Это приводит к гиперплазии коры надпочечников, а значит, снова активации в ней синтеза андрогенов. На этом фоне развивается агс. Терапия врожденной формы агс наиболее эффективна, если она начата до 7-летнего возраста. Девочке должна быть назначена гормонозаместительная терапия глюкокортикоидами под контролем уровня гормонов коры надпочечников. С помощью такой терапии достигается компенсация недостаточности коры надпочечников, подавляется избыточный уровень андрогенов, нормализуется функция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Терапия проводится пожизненно. В настоящее время применяется преднизолон, дексаметазон, метипред. Оптимальная доза преднизолона детям до 5 лет — 5 мг/сут. Чем раньше начато лечение, тем быстрее начинается нормализация функционального состояния яичников, формируется женский фенотип. Ребенок нуждается в консультации эндокринолога, детского хирурга, а по мере роста может потребоваться лечение у психолога и косметолога.

**Тема 7. Проблемы перименопаузы. Основные методы диагностики, лечения и реабилитации.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Характеристика изменений в репродуктивной системе в период перименопаузы

2. Диагностика метаболических изменений в организме женщины в перименопаузальном периоде

3. Классификация менопаузальных расстройств.

4.Оценка степени тяжести климактерических расстройств в разные фазы пременопаузе, постменопаузе

5. Постовариэктомический синдром

6. Принципы лечения климактерических расстройств при естественной менопаузе

7. Коррекция гормональных нарушений при постовариэктомическом синдроме

8. Профилактика остеопароза.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

**1. Согласно классификации ВОЗ (198O), пременопаузой называют период**

1. От окончания репродуктивного возраста до наступления менопаузы

2. Отрезок времени после последней менструации

3. Последнюю менструацию

4. Период нарушения менструальной функции до последней менструации

5. Период перед менархе

**2. Согласно классификации ВОЗ (198O), постменопаузой называют**

1. Последнюю менструацию

2. Период от начала нарушений менструаций до последней менструации

3. Период стабильной менструальной функции

4. Период появления первой менструации

5. Отрезок времени после последней менструции

**3. В настоящее время нормальным для наступления менопаузы считается возраст**

1. 45 лет

2. 5O лет

3. 4O лет

4. 55 лет

5. 43 года

**4. Дифференциальную диагностику климактерического синдрома следует проводить между**

1. Миокардиодистрофией

2. Диэнцефальным синдромом

3. Гипертонической болезнью

4. Опухолью мозга

5. Все ответы верны

**5. Для климактерического синдрома характерно**

1. Прекращение циклического выброса гонадотропного релизинг-гормона

2. Снижение порога чувствительности к половым гормонам в гипоталамусе

3. Нарастание титра гонадотропинов

4. Снижение уровня холестерина

5. Снижение лабильности нервных процессов

**6. Для климактерического синдрома характерны жалобы**

1. На боли в сердце

2. На пpиливы

3. На альгоменорею

4. На нарушения сна

5. На сеpдцебиения

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

Больная, 52 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара к лицу, голове и верхней половины туловища до 10 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головокружение, нарушение сна, утомляемость. Постменопауза 2,5 года. При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище в состоянии возрастной инволюции, матка уменьшена в размерах, придатки не пальпируются. Диагноз? План обследования и лечения?

**Эталон ответа:** Климактерический синдром Легкая степень нейровегетативных нарушений (т.к до 10 приливов) Присутствуют психоэмоциональные нарушения. Местные симптомы (урогенитальные) присутствуют. Средневременные проявления КС.Смотрим уровень стероидных гормонов в крови и их метаболитов в моче. ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, 17КС (кетостероиды) снижены. ФСГ и ЛГ тоже снижены, т.к после меопаузы уже прошло достаточно времени и организм привык к низкому уровню содержания эстрогенов в крови. Рентгенологические исследования костей, на наличие разряженности костной ткани (остеопороз) Ангиография коронарных сосудов (атеросклероз) Лечение: Комбинированное непрерывное назначение КОК однофазных. Диане -35. Жанин. Либо пролонгированный циклический режим Дивитрен. (91 таблетка. 70 – эстрадиол валерат 2мг, 14 эстрадиол валерат 2мг+седроксипрогестерона ацетат 20мг, 7 – плацебо) + Местно эстриол (овестин)

**Задача № 2**

Больная, 57 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боль при половом сношении, неприятные выделения из половых путей, дизурические явления. Постменопауза 7 лет. При гинекологическом исследовании: слизистая преддверия влагалища истончена с множественными мелкоточечными кровоизлияниями, кровоточива. Матка и придатки в состоянии возрастной инволюции. При расширенной кольпоскопии определяются истончение слизистой влагалища, кровоточивость, субэпителиальная сосудистая сеть. РН влагалищного содержимого 6,1. Диагноз? План обследования и лечения?

**Эталон ответа:** Климактерический синдром без системных проявлений. Только местные + присоединившийся кольпит на инволюционно-измененную слизистую влагалища. Бактериологическое исследование с определением АБ устойчивости. Бактериоскопия.

Метранидозол 1 таб (500мг) на ночь в течение 7 дней. АБ Местно мазь (овестин)

**Тема 8. Миома матки: патогенез, диагностика, классификация, особенности лечения и реабилитации в различные возрастные периоды.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза миомы матки.
2. Классификация миомы матки (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления миомы матки.
4. Диагностика различных форм миомы матки.
5. Принципиальные подходы к лечению миомы матки.
6. Показания к консервативному и оперативному лечению миомы матки.
7. Принципы гормональной терапии миомы матки.
8. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
9. Специфическая профилактика миомы матки.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Показаниями к оперативному лечению лейомиомы матки не являются

1. Рост матки за 1 год на 1-2 недели;

2. Рост матки за 1 год на 4-5 недель;

3. Кровотечение;

4. Некроз узла;

5. Выворот матки;

2. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. Ультразвуковое исследование;

2. Осмотр шейки матки в зеркалах;

3. Гистероскопия;

4. Лапароскопия.

5. Гистеросальпингография

3. Назовите наиболее частые осложнения лейомиом матки:

1. Озлокачествление;

2. Некроз узла;

3. Рождение узла.

4. Некроз узла

5. Все вышеперечисленные

4. У больных с субсерозным расположением миоматозного узла не может возникнуть

1. Нарушений питания узла

2. Перекрута ножки узла;

3. Сдавления смежных органов

4. Некроза узла;

5. Эндометрита

5. Оптимальные методы оперативного лечения больных с отдельным субсерозным узлом это:

1. Трансцервикальная консервативная миомэктомия;

2. Лапароскопия и надвлагалищная ампутация матки;

3. Лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки;

4. Лапароскопия и консервативная миомэктомия;

5. Лапаротомия и консервативная миомэктомия.

6. Наиболее информативным методом диагностики миомы матки является:

1. Анамнез жизни

2. Исследование живота

3. Узи матки и придатков

4. Бимануальное исследование

5. Гистероскопия

7. При субмукозной миоме матки больной репродуктивного возраста показаны:

1. Экстирпация матки без придатков

2. Экстирпация матки с придатками

3. Надвлагалищная ампутация матки без придатков

4. Надвлагалищная ампутация матки с придатками

5. Ничего из вышеперечисленного

8. Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

1. Надвлагалищная ампутация матки

2. Экстирпация матки

3. Миомэктомия

4. Правильный ответ 1

5. Правильный ответ 2

9. Основные симптомы субмукозной миомы матки:

1. Геморрагический

2. Анемический

3. Нарушение менструального цикла

4. Бесплодие

5. Все ответы верны

10. Объем оперативного лечения миомы матки в постменопаузе:

1. Экстирпация матки без придатков

2. Экстирпация матки с придатками

3. Надвлагалищная ампутация матки без придатков

4. Надвлагалищная ампутация матки с придатками

5. Миомэктомия

**Ситуационная задача №1.**

Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки 18 недель беременности. Жалуется на

слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 удара в минуту. АД 110/60 мм рт ст. НЬ - 76 г/л.

Диагноз? Какие исследования следует произвести?

Тактика? Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной?

**Эталон ответа:**

Д-з: Множественная миома матки. Меноррагия. ЖДА Тактика – до операции – РДВ с гистологией (для точного определения причины кровотечения –

миома или рак эндометрия), предоперационная подготовка включает лечение анемии, которое помимо препаратов железа включает либо прогестагены, либо аналоги гонадолиберина, что способствует уменьшению миомы в размерах, уменьшению кровопотери, тем самым уменьшается потребность в донорской крови и аутогемотрансфузии. Операция – при подозрении на злокачественное перерождение -экстирпация матки с придатками, при ампутации матки у женщины до 50 лет неизмененные яичники и трубы удалять не следует, однако это не всегда выполнимо, так как почти в 75% трубы при миоме также патологически изменены. Плановое вмешательство по поводу миомы целесообразно проводить в первой половине менструального цикла.

**Тема 9. Кисты и кистомы яичника. Алгоритм обследования, лечение, реабилитация.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Морфологическое строение яичников.
2. Гистологическая классификация новообразований яичников в зависимости от происхождения.
3. Клиника доброкачественных новообразований яичника, объем диагностического исследования, предоперационная подготовка, объем оперативного лечения.
4. Рак яичника. Классификация.
5. Клиника рака яичника, пути метастазирования.
6. Принцип лечебной тактики рака яичника в зависимости от распространенности процесса.
7. Дифференциальная диагностика.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

К опухолевидным образованиям яичников относят все кроме:

1. Дермоидной кисты;

2. Фолликулярной кисты;

3. Кисты желтого тела;

4. Пиовара;

5. Тека-лютеиновой кисты.

2. Характерные особенности кист яичников:

1. Ретенционные образования;

2. Увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. Не имеют капсулы;

4. Могут малигнизироваться;

5. Все перечисленное выше верно.

3. Кистомы яичников:

1. Это доброкачественные опухоли;

2. Увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;

3. Имеют капсулу;

4. Могут малигнизироваться;

5. Все перечисленное выше верно.

4. К эпителиальным опухолям яичников относят все, кроме:

1. Серозной цистаденомы;

2. Муцинозной цистаденомы;

3. Цистаденокарциномы;

4. Опухоли бреннера;

5. Текомы.

5. Наиболее часто подвергается малигнизации следующая из опухолей яичников:

1. Фиброма.

2. Муцинозная цистаденома.

3. Серозная цистаденома.

4. Текома.

5. Тератома.

6. К гормонально-активным опухолям яичников относят все кроме:

1. Гранулезоклеточной опухоли;

2. Дисгерминомы;

3. Тека-клеточной опухоли;

4. Андробластомы;

5. Арренобластомы.

7. При доброкачественных опухолях яичников наиболее часто встречается следующее осложнение:

1. Перекрут ножки опухоли.

2. Кровоизлияние в полость опухоли.

3. Разрыв капсулы.

4. Нагноение содержимого.

5. Сдавление соседних органов.

8.Гидроторакс — одно из клинических проявлений:

1. Гранулезоклеточной опухоли;

2. Дисгерминомы яичника;

3. Фибромы яичника;

4. Муцинозной цистаденомы;

5. Зрелой тератомы.

9. Опухоль крукенберга:

1. Является метастазом рака желудочно-кишечного тракта;

2. Как правило, поражает оба яичника;

3. Имеет солидное строение;

4. Все ответы верны;

5. Все ответы ошибочны.

10. Метастатическое поражение яичников возможно при:

1. Раке молочной железы;

2. Аденокарциноме тела матки;

3. Злокачественном поражении одного из яичников;

4. Раке желудочно-кишечного тракта;

5. Во всех перечисленных выше случаях.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5

дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.

В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определятся образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации.

Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

Диагноз? План ведения?

**Эталон ответа:**

Д-з: Эндометриоидная киста левого яичника. Тяжелая форма.

Характерны данные анамнеза и физикального исследования + УЗИ (тяжелая форма, т.к. имеется эндометриоз одного яичника с образованием кисты более 2 см в диаметре).

Тактика – обследование для подтверждения д-за может включать СА-125 (титр коррелирует со степенью заболевания), иногда необходима лапароскопия.

Консервативное лечение включает медикаментозную терапию, направленное на подавление менструации – КОК, можно в сочетании с НПВС (при дисменорее). Среди ЛВ успешно применяют даназол (400-800 мг в день – 6 мес), гестагены пролонгированного действия (МПА 100-200 мг в мес в/м), агонисты гонадолибернина (золадекс, бусерелин – 6 мес ежедневно или 1 раз в месяц в виде депо-инъекций). Хирургическое лечение проводят при среднетяжелой форме, выраженных спайках или больших эндометриоидных кистах, когда гормональная терапия не дает положительных результатов. Щадящее лечение состоит в иссечении кисты. После операции могут быть назначены КОК или даназол (3-4 мес), такая тактика эффективнее в плане лечения бесплодия вследствие эндометриоза.

**Тема 10. Эндометриоз: патогенез, диагностика, классификация, особенности лечения и реабилитации в различные возрастные периоды**.

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза эндометриоза.
2. Классификация эндометриоза (МКБ 10, по локализации и т.д.).
3. Клинические проявления различных форм эндометриоза.
4. Патогенез бесплодия при эндометриозе.
5. Диагностика различных форм эндометриоза.
6. Принципиальные подходы к лечению эндометриоза.
7. Показания к консервативному и оперативному лечению эндометриоза.
8. Принципы гормональной терапии эндометриоза.
9. Методики консервативных и радикальных операций на матке.
10. Реабилитационная терапия после оперативного лечения.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Аденомиоз – это:

1. Эндометриоз интерстициальных отделов маточных труб;

2. Очаговая форма эндометриоза тела матки;

3. Эндометриоз брюшины дугласова пространства;

4. Узловая форма эндометриоза тела матки;

5. Диффузный эндометриоз тела матки.

2. Ультразвуковые признаки аденомиоза - это:

1. Увеличение переднезаднего размера матки;

2. Изменение размеров матки в зависимости от фазы менструального цикла;

3. Негомогенная структура миометрия, «ячеистость»;

4. Увеличение размеров м-эха эндометрия

5 правильные ответы 1, 3.

3. Эффективными методами при диагностике эндометриоза тела матки являются:

1. Лапароскопия;

2. Кульдоскопия;

3. Гистероскопия;

4. Гистеросальпингография.

5. Правильные ответы 3, 4

4. Укажите основной метод лечения больных аденомиозом:

1. Хирургический;

2. Гормональный;

3. Симптоматический;

4. Физиотерапевтический.

5. Паллиативный

5. Какая группа гормональных препаратов используется в лечении эндометриоза:

1. Эстрогены;

2. Гестагены;

3. Антиандрогены;

4. Андрогены.

5. Антигестогены

6. Какой объем оперативного лечения допустим у больной с эндометриоидной кистой:

1. Двухсторонняя аднексэктомия;

2. Односторонняя аднексэктомия;

3. Экстирпация матки с придатками;

4. Кистэктомия;

5. Овариэктомия.

7. Какой термин обозначает эктопическое разрастание ткани подобной эндометрию:

1. Полипоз;

2.аденомиоз;

3. Аденоматоз;

4. Фиброматоз.

5.кондиломатоз

8. К внутреннему эндометриозу относится:

1. Поражение тела матки

2. Поражение яичников

3. Поражение интерстициальных отделов маточных труб

4. Поражение брюшины малого таза

5. Всё вышеперечисленное

9. Термин аденомиоз применяется

1. Во всех случаях выявления зндометриоза независимо от локализации

2. Только при очаговых разрастаниях зндометриоидной ткани во внутреннем слое матки

3. При зндометриоэе, который сопровождается образованием кист

4. Только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани

5. Только при ретроцервикальном зндометриозе

10. Показания к оперативному лечению при эндометриозе:

1. Сочетание с миомой матки

2. Отсутствие эффекта от консервативного лечения

3. Эндометриодные кисты

4. Наличие распространённых, инфильтративных форм эндометриоза,

5 все перечисленное.

**Решение ситуационных задач**

**Задача№1.**

В женскую консультацию обратилась женщина 30 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения (ржавого цвета) за 5 дней до и в течение 7 дней после менструации. Болей нет. Из анамнеза: 2 родов, 3 артифициальный аборта. Эрозированный эктропион матки. Диатермоэлектрокоагуляция шейки матки 4 месяца назад (произведена после очередной менструации). При осмотре на шейке матки по 9 и 12 часах точки красно-бордового цвета. Матка и придатки без особенностей. Диагноз. Укажите допущенные ошибки.  
**Эталон ответа:** Диагноз. Эндометриоз шейки матки. ДЭК произведена после очередной менструации

**Задача №2.**

Больная С., 44 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации. Считает себя больной в течение 2х лет, когда стала отмечать кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота. При гинекологическом осмотре: матка увеличена до 5 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровянистые, обильные. Дальнейшая оптимальная тактика.  
**Эталон ответа**: раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием материала

**Тема 11. Бесплодие в браке. Женское бесплодие: причины, патогенез, диагностика, лечение. Мужской фактор бесплодия.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Эпидемиология, этиология и патогенез женского бесплодия

2. Эпидемиология, этиология и патогенез мужского бесплодия

3.Диагностика женского бесплодия

4. Методы консервативного и оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия

5. Методы лечения эндокринного бесплодия

6. Способ отбора, объем обследования супружеских пар для ЭКО.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Трубно-перитонеальное бесплодие может быть обусловлено:

1. Нарушением сократительной активности маточных труб;

2. Спаечным процессом в брюшной полости и малом тазе;

3. Непроходимостью маточных труб;

4. Повышением активности макрофагов брюшины;

5. Верны все ответы.

2. Для диагностики трубно-перитонеального бесплодия используют:

1. Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию;

2. Радионуклидное исследование функции маточных труб;

3. Лапароскопию в сочетании с хроматосальпингоскопией;

4. Кульдоскопию;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

3. Консервативная терапия трубно-перитонеального бесплодия воспалительного генеза предусматривает назначение:

1. Антибактериальных препаратов;

2. Иммуномодуляторов и адаптогенов;

3. Преформированных и естественных физических факторов;

4. Лечебной гидротубации;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

4. Перечислите показания к экстракорпоральному оплодотворению:

1. Абсолютное трубное бесплодие;

2. Отсутствие беременности у женщины, перенесшей пластическую операцию на маточных трубах;

3. Бесплодие неясного генеза;

4. Двусторонние пиосальпинксы;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

5. Условия проведения экстракорпорального оплодотворения:

1. Отсутствие соматических, психических и генетически обусловленных заболеваний, являющихся противопоказаниями к беременности и родам;

2. Сохраненная способность яичников к адекватному ответу на экзогенную или эндогенную стимуляцию овуляции;

3. Отсутствие анатомических изменений матки;

4. Возраст женщины более 35 лет;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

6. Перечислите   показания   к   искусственному   осеменению спермой донора:

1. Импотенция у мужа;

2. Азооспермия у мужа;

3. Вагинизм, не поддающийся лечению;

4. Наличие наследственных, генетически обусловленных заболеваний в семье мужа;

5. Верны ответы 2, 4.

7. Назовите противопоказания к оперативному лечению трубно-перитонеального бесплодия:

1. Туберкулез половых органов;

2. Возраст женщины более 35 лет;

3. Стойкая ановуляция;

4. Спаечный процесс в малом тазе iii—iv степени выраженности;

5. Верны все ответы.

8.укажите основные патогенетические факторы эндокринного бесплодия:

1. Нарушение созревания фолликула с неполноценной лютеиновой фазой менструального цикла;

2. Гиперпролактинемия;

3. Ановуляция;

4. Гиперандрогения;

5. Верны все ответы.

9.перечислите характерные клинические проявления синдрома гиперстимуляции яичников:

1. Увеличение яичников до 5—10 см;

2. Умеренный или выраженный асцит;

3. Боли в гипогастральной области;

4. Межменструальные мажущие кровянистые выделения;

5. Верны ответы 1, 2, 3.

10. Для  уточнения причины бесплодия необходимо использовать следующие методы:

1. Определение содержания в крови фоллитропина и пролактина;

2. Тесты функциональной диагностики;

3. Гистеросальпингографию;

4. Исследование спермограммы;

5. Верны все ответы.

11. Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе:

1. Проба с люлиберином;

2. Проба с гонадотропином;

3. Большая дексаметазоновая проба;

4. Прогестероновая проба

5. Эстраген-прогестероновая проба.

12. Проба с дексаметазоном проводится в случае:  
1. Повышенного содержания в крови т3 и т4;

2. Повышенного содержании в моче 17-кетостероидов.

3. Гиперпролактинемии

4. Гипертрихоза

5. Отягощённого гинекологического анамнеза

13.основные причины женского бесплодия:

1. Расстройства овуляции;

2. Трубно-перитониальные факторы;

3. Различные гинекологические заболевания;

4. Иммунологические причины;

5. Все ответы правильные.

14. Для стимуляции овуляции используют:

1. Кломифен

2. Регивидон

3. Фолликулин

4. Синестрол

5. Метилтестостерон

15. Бесплодие – это отсутствие беременностей при регулярной половой жизни без контрацепции в течение:

1. 6 месяцев

2. 1 года

3. 2 лет

4. 5 лет

5. 3 лет

16. Обследование при трубно-перитонеальном бесплодии включает в себя всё кроме:

1. Гсг

2. Гормонов крови

3. Лапароскопии

4. Рентгенографии костей таза

5. Обследования на зпп

17. Гиперпролактинемия ставится на основании:

1. Наличия отделяемое из сосков и повышения уровня пролактина

2. Понижения уровня пролактина

3. Дисфункциональных маточных кровотечений

4. Всё вышеперечисленное верно

5. Ничего из  перечисленного

18. На какой день после менструального цикла проводится гсг?

1. На 3-5 день

2. На 7-8 день

3. На 14-16 день

4. На 23-25 день

5. 5-7 день

19. Причиной бесплодия могут быть:

1. Миома матки

2. Эндометриоз

3. Гипотериоз

4. Все ответы правильные

5. Правильные ответы 1 и 3

20. Адреногенитальный синдром ставится на основании:

1. Объективного осмотра

2. Данных фсг,лг

3. Данных  дэга, кортизола

4. Данных ттг, свбодный т4

5. Данных анамнеза

**Ситуационная задача 1.**

На специализированный прием в центр «Брак и семья» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегу- лярный менструальный цикл.  
ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапаро- скопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегу- лярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме.  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка anteversio, ante- flexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обе- их сторон не пальпируются. Своды свободные.  
ПРИ УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка 48×40×35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15×13×10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18×15×10 мм анало- гичной структуры.  
Гормонольное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.  
Вопрос 1Какой диагноз наиболее вероятен?  
Вопрос 2. Какое лечение необходимо данной пациентке для восстановления менструального цикла?  
Вопрос 3. Какой метод позволит преодолеть бесплодие у данной пациентке?  
**Эталон ответа:**1. Синдром истощения яичников. 2. Менопаузальная гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами. 3. ЭКО с донорской яицеклеткой.

**Тема 12. Охрана репродуктивного здоровья. Контрацепция в различные периоды жизни.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Цели и задачи женской консультации

2. Методы обследования беременных в амбулаторных условиях

3. Методы диагностики беременности.

4. Понятие о факторах риска и группах риска у беременных

5. Динамическое наблюдение гинекологических больных по приказу МЗ РФ № 572 н.

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ-исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной2. Современные контрацептивы, классификация

5. Механизм контрацептивного эффекта комбинированных оральных контрацептивов

6. Лечебные аспекты КОК

7. Уметь сделать выбор метода контрацепции в различные периоды жизни женщины.

8. Уметь выявлять различные осложнения при внутриматочной и гормональной контрацепции

9. Уметь назначить необходимое обследование перед гормональной контрацепцией.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков.

1.листок нетрудоспособности по беременности и родам при одноплодной беременности выдаётся в сроке:

1. 28 недель
2. 30 недель
3. 32 недель
4. 36 недель
5. 20 недель

2.частота клинического анализа мочи при динамическом наблюдении физиологической беременности в женской консультации:

1. При первой явке и в 30 недель
2. До 12 недель, в 18-20 и в 30-32 недели
3. Один раз при первой явке
4. При каждом посещении
5. 1 раз в месяц

3.частота наблюдения акушером-гинекологом при физиологической беременности:

1. 2 раза в месяц до 28 недель, 1 раз в месяц после 28 недель
2. 1 раз в месяц до 28 недель, 2 раза в месяц после 28 недель, 1 раз в 7-10 дней после 37 недели
3. По мере необходимости
4. 1 раз в месяц до конца беременности
5. 2 раза в месяц до 28 недель, 3-4 раза в месяц после 28 недель

4.узи при физиологической беременности показано в сроки:

1. 10-14, 20-22, 32-34 недели
2. 10-12, 18-20, 28-30 недель
3. До 20недель, 37-38 недель
4. До 12 недель, 28-32 недели, 37-38 недель
5. При первой явке и в 30 недель

5.обязательный объём обследования здоровых беременных не включает осмотр следующих специалистов

1. Оториноларинголога;
2. Терапевта;
3. Эндокринолога;
4. Стоматолога
5. Дерматовенеролога

6. Как называется медицинский документ, выдаваемый беременной в 30 недель гестации, в котором кратко отражены все лабораторные и инстументальные исследования, данные посещений беременной женской консультации?

1. Амбулаторная карта;

2. История родов;

3. Обменная карта;

4. Индивидуальная карта беременной.

5. Первичный листок наблюдения

7. Женщине желательно встать на учет в женской консультации по беременности в сроке

1. До 20 недель;

2. До 6 недель;

3. До 12 недель;

4. До 10 недель.

5. До 15 недель

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 39 лет с жалобами на обильные менструации в течение 6 месяцев, нуждается в надежной кон- трацепции.  
ИЗ АНАМНЕЗА: родов 3, без особенностей, 5 медицинских абортов, последний 1 год назад — медикаментозное прерывание беременности. Три месяца назад при обследовании по поводу обильных менструаций диагно- стирована гиперплазия эндометрия, проведена гистероскопия, гистологи- ческое исследование соскоба эндометрия. Заключение: простая гиперпла- зия эндометрия без атипии. Принимала по рекомендации гинеколога гор- мональные контрацептивы в течение 2 месяцев. Отмечает побочные эф- фекты в виде тошноты, головной боли, выраженной болезненности молоч- ных желез, в связи с чем, отказалась от дальнейшего их приема.  
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизисто-молочные умеренные. При бимануаль- ном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются.  
Вопрос 1. Нужно ли провести дополнительное обследование данной пациентке для выбора метода контрацепции?

Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

**Эталон ответа:** УЗИ органов малого таза.  
Внутриматочную систему с левоноргестрелом «Мирена»

**Задача № 2**

Пациентка 25 лет обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции.  
ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает спазматон для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беремен- ность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова.  
При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.  
Вопрос 1. Нужно ли провести дополнительное обследование для выбора метода контрацепции?  
Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

**Эталон ответа:** нет. Комбинорованные эстроген-гестагенные низкодозированные монофазные контрацептивны (Ярина, Регулон).

**Тема 13. Неправильные положения половых органов. Пролапс гениталий.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1.Нормальное положение матки в малом тазу. Факторы, способствующие нормальному положению матки.

2. Виды смещения матки по горизонтальной плоскости.

3. Формы смещения матки вокруг продольной оси.

4. Виды смещения матки по вертикальной оси.

5. Этиопатогенез аномалий положения женских половых органов.

6. Классификация аномалий положения половых органов.

7. Аномалии положения половых органов, имеющие наиболее важное клиническое значение. Патологическая антефлексия матки. Ретродевиация матки. Опущение и выпадение матки и стенок влагалища. Цистоцеле. Уретроцеле. Ректоцеле. Энтероцеле. Клинические проявления. Диагностика.

8. Нормальные функциональные особенности акта мочеиспускания. Факторы,

влияющие на удержание мочи. Внешние факторы. Внутренние факторы.

9. Недержание мочи. Классификация. Причины недержания мочи у женщин.

10. Стрессовое недержание мочи. Гиперефлексия мочевого пузыря.  
11. Обследование больных с жалобами на недержание мочи.

12.Современные методы лечения женщин с пролапсом гениталий и недержанием мочи в зависимости от возраста, клинических проявления заболевания и паритета.

13. Профилактика пролапса гениталий и недержания мочи.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

1.письменная (тесты входного контроля)

2.устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Тело матки удерживается в позиции anteversio-flexio:

1. Собственной массой;
2. Круглыми связками матки;
3. Натяжением крестцово-маточных связок;
4. Воронко-тазовой связкой;
5. Верны ответы 1, 2, 3.

2. Подвешивающий аппарат матки образован:

1. Круглыми связками матки;
2. Собственными связками яичников;
3. Широкими связками матки;
4. Кардинальными связками;
5. Верны ответы 1, 2, 3.

3. Перечислите факторы, которые могут привести к изменению положения матки:

1. Инфильтрат в параметрии;
2. Опухоль яичника;
3. Рубцово-спаечный процесс в малом тазе;
4. Переполнение мочевого пузыря;
5. Верны ответы 1, 2, 3.

4. Отметьте анатомические образования покрытые брюшиной

1. Тело матки.
2. Шейка матки.
3. Интерстициальные отделы маточных труб.
4. Яичники;
5. Верны ответы 1, 3.

5. Факторами, предрасполагающими к опущению и выпаде­нию внутренних половых органов, являются:

1. Травма промежности в родах;
2. Системные заболевания соединительной ткани;
3. Физический труд, связанный с подъемом тяжестей;
4. Многократные чревосечения;
5. Верны ответы 1, 3.

6. Выпадению матки сопутствует:

1. Опущение и выпадение стенок влагалища;
2. Цисто- и ректоцеле;
3. Несостоятельность мышц тазового дна;
4. Элонгация шейки матки;
5. Верны все ответы.

7. При опущении и выпадении внутренних половых органов возможны следующие осложнения:

1. Кишечная непроходимость.
2. Нарушение уродинамики.
3. Выворот матки.
4. Образование декубитальной язвы шейки матки.
5. Верны ответы 2, 4.

8. Широкие связки матки включают:

1. Маточные трубы;

2. Кардинальные связки;

3. Маточные сосуды;

4. Всё перечисленное выше;

5. Ничего из перечисленного выше.

9. Топографоанатомические особенности яичников:

1. Покрыты брюшиной;

2. Соединены со стенками таза собственными связками;

3. Являются производными парамезонефрического про­тока;

4. Все ответы верны;

5. Все ответы ошибочны.

10. Возможные причины опущения и выпадения матки:

1. Травма промежности в родах, несостоятельность мышц тазового дна.

2. Длительное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической работе.

3. Резкое похудание.

4. Атрофия тканей в пожилом возрасте.

5. Все перечисленные выше.

**Решение ситуационных задач**

**Задача № 1.**

Пациентка 42 лет поступила с жалобами на частое мочеиспускание,

ноющие боли внизу живота, периодическое чувство дискомфорта в обла- сти наружных половых органов, появившиеся около года назад.Из анамнеза: менструации регулярные по 5–6 дней через 26– 27 дней. Родов — 3, последние закончились наложением акушерских щипцов.Гинекологический статус: промежность рубцово изменена. При натуживании из половой щели появляется опухолевидное тело блед- но-розового цвета, эластичной консистенции, шейка матки опускается к выходу из влагалища, не выходя за вульварное кольцо. При осмотре в зер- калах шейка матки длиной около 7 см, выделения слизистые. При биману- альном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

Какой диагноз наиболее вероятен?

**Эталон ответа:** Пролапс тазовых органов 2 степени (цистоцеле). Элонгация шейки матки

**Тема 14. Методы лечения патологии шейки матки (демонстрация, выполнение на тренажёрах).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Этиопатогенетические причины возникновения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

2.. Клинические проявления патологических процессов в шейке матки.

3. Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, вульвы, влагалища

4. Методы лечения патологии шейки матки

5.Факторы риска возникновения рака шейки матки

6.Роль цитологического скрининга в профилактике рака шейки матки

7. Принципы лечения рака шейки матки

8.Лейкоплакия, крауроз вульвы, диагностика, лечение

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:

1.цилиндрическим эпителием;

2.однослойным многорядным эпителием;

3.железистым эпителием;

4.многослойным плоским неороговевающим эпителием;

5.многослойным плоским ороговевающим эпителием.

2.К фоновым заболеваниям шейки матки относятся все кроме:

1.простой лейкоплакии;

2.дисплазии;

3. Эритроплакии;

4.эктропиона;

5.рецидивирующего полипа канала шейки матки.

3.Наиболее информативный скрининг-тест для ранней диагностики рака шейки матки - это:

1.простая кольпоскопия;

2.бимануальное ректовагинальное исследование;

3.цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки

матки;

4.вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5.цитологическое исследование эндометриального аспирата.

4. Наиболее информативный метод диагностики дисплазии шейки матки - это:

1.расширенная кольпоскопия;

2.гистологическое исследование биоптата шейки матки;

3.цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности влагалищной

части шейки матки;

4.вакуум-кюретаж канала шейки матки;

5.бимануальное ректовагинальное исследование.

5.Цитологическим эквивалентом понятия «дисплазия шейки матки» является:

1.акантоз;

2.дискариоз;

3.гиперкератоз;

4.кариолизис;

5.все перечисленное выше.

6.Для лечения дисплазии шейки матки применяют все перечисленные ниже методы, кроме:

1.диатермокоагуляции;

2.электроконизации;

3.лазеротерапии;

4.конусовидной ампутации шейки матки по штурм- дорфу;

5.высокой ампутации шейки матки.

7.Диагноз  внутриэпителиального рака шейки матки может быть установлен только на основании результатов:

1.цервикоскопии;

2.гистероскопии;

3.гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса;

4.расширенной кольпоскопии;

5.цитологического исследования мазков-отпечатков с поверхности влагалищной

части шейки матки.

8.Назовите ведущий клинический симптом рака шейки матки:

1.тазовая боль;

2.слизисто-гнойные бели;

3.контактные кровотечения;

4.ациклические маточные кровотечения;

5.диспареуния.

9.Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1.рецидивирующий полип цервикального канала;

2.истинная эрозия;

3.дисплазия;

4.эктропион;

5.эндометриоз.

10. Определите объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном  инфильтративным раком шейки матки:

1.раздельное лечебно-диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости

матки и канала шейки матки;

2.тугая тампонада влагалища;

3.чревосечение, экстирпация матки;

4.циркулярное наложение зажимов на шейку матки;

5.чревосечение, перевязка внутренних подвздошных артерий.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

На профилактический осмотр к гинекологу обратилась студентка. Возраст девушки 20 лет. Жалоб не предъявляет. Менструации с 13,5 лет, регулярные, через 26 по 3 дня. Последняя менструация закончилась 2 дня назад. В течение 1года живет половой жизнью, контрацепция - презервативами. Беременностей и гинекологических заболеваний не было. При осмотре в зеркалах и по данным кольпоскопии выявлена эктопия шейки матки. Бимануальное влагалищное исследование не выявило отклонений. Взяты мазки для бактериоскопии и цитологического исследования. Ан мазка: L 3-5, флора палочковая. Цитограмма шейки матки в пределах нормы. Диагноз? Тактика ведения?

**Эталон ответа.** Диагноз: эктопия шейки матки, не осложненная. В лечении не нуждается. Тактика: ежегодный гинекологический осмотр с цитологическим скринингом.

**Задача № 2**

Женщина в возрасте 49 лет обратилась к гинекологу с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, возникающие после дефекации, подъёма тяжестей. Выделения из влагалища беспокоят около 2-х месяцев. В связи с переменой места жительства в течение 10 лет не осматривалась гинекологом. Менопауза в 45 лет. В анамнезе 2 родов, 5 абортов. В возрасте 35 лет, со слов больной, была обнаружена «эрозия шейки матки», проводилась диатермокоагуляция. При осмотре в зеркалах шейка матки гипертрофирована, деформирована множественными папилломатозными разрастаниями, имеются участки изъязвления. Ткани шейки матки легко ранимы,  кровоточат  при касании  шпателем. При вагинальном осмотре: шейка матки бочкообразной формы, ограничено подвижная. Тело матки увеличено до 6 недель, ограничено подвижное. При ректовагинальном исследовании определяется плотный инфильтрат доходящий практически до стенок таза. Диагноз? Тактика ведения.

**Эталон ответа:** У больной рак шейки матки. Стадия IIIА (FIGO), Т3аМхNх. Стадия заболевания  по TNM требует уточнения. Необходимо провести обследование больной, включающее общеклинические лабораторные исследование, ультразвуковое исследование внутренних органов, R- исследование грудной клетки, гистологическое исследование биопсийного материала с шейки матки. Лечение у онкогинеколога.

**Тема 15. Органосохраняющие операции на женских половых органах (демонстрация, выполнение на тренажёре, ассистенция).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Кистэктомия при функциональных кистах

2.Резекция яичника при кистозном изменении ячников

3. Выпаризация эндометриоидной кисты

4. Миомэктомия при отдельных субсерозных, субмукозных миоматозных узлах

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.оптимальным методом для удаления субмукозного миоматозного узла является:

1. лапароскопия

2. гистерорезектоскопия

3. лапаротомия

4. раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала

 2. К оптимальным методам оперативного лечения больных с отдельным субсерозным узлом относятся:

1. трансцервикальная консервативная миомэктомия

2. лапароскопия и надвлагалищная ампутация матки

3. лапаротомия и  надвлагалищная ампутация матки

4. лапароскопия и консервативная миомэктомия

5. лапаротомия и консервативная миомэктомия

3.доступы для оперативного удаления субсерозной миомы матки

А) лапароскопический

Б) гистероскопический

В) лапаротомный

Г) влагалищный

4.К опухолевидным образованиям яичников относят все кроме:

1.дермоидной кисты;

2.фолликулярной кисты;

3.кисты желтого тела;

4.пиовара;

5.тека-лютеиновой кисты.

5. Кистомы яичников:

1.это доброкачественные опухоли;

2.увеличиваются  в размере вследствие пролиферации клеток;

3.имеют капсулу;

4.могут малигнизироваться;

5.все перечисленное выше верно

 6. Какой объем оперативного лечения допустим у больной с эндометриоидной кистой:

1. Двухсторонняя аднексэктомия;

2. Односторонняя аднексэктомия;

3. Экстирпация матки с придатками;

4. Кистэктомия;

5. Овариэктомия.

**Ситуационная задача 1.**

Больная П., 34 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. У гинеколога наблюдалась нерегулярно, последний раз была 3 года назад. При бимануальном исследовании: матки увеличена до 14 недель беременности с множеством узлов по передней стенке, разного диаметра. Придатки пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые. Дальнейшая оптимальная лечебная тактика.

**Эталон ответа:** консервативное лечение, гистрэктомия.

**Ситуационная задача 2.**

Больная С., 44 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и обильные кровяные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 2х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, боли внизу живота. При гинекологическом осмотре: матка увеличена до 5 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровянистые, обильные. Дальнейшая оптимальная тактика.

**Эталон ответа:** раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием материала

**Тема 16. Радикальные операции на женских половых органах (демонстрация, ассистенция). Постовариоэктомический синдром.**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Надвлагалищная ампутация матки с придатками, показания, техника выполнения

2. Гистерэктомия с придатками, показания, техника, возможные осложнения

3. Постовариоэктомический синдром, патогенез, диагностика, принципы лечения

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

   1. Надвлагалищная ампутация матки

   2. Экстирпация матки

   3. Миомэктомия

   4. Правильный ответ 1

   5. Правильный ответ 2

2. Объем оперативного лечения миомы матки в постменопаузе:

  1. Экстирпация матки без придатков

  2. Экстирпация матки с придатками

  3. Надвлагалищная ампутация матки без придатков

  4. Надвлагалищная ампутация матки с придатками

  5. Миомэктомия

3. Для лечения дисплазии шейки матки применяют все перечисленные ниже методы, кроме:

1.диатермокоагуляции;

2.электроконизации;

3.лазеротерапии;

4.конусовидной ампутации шейки матки по штурм- дорфу;

5.высокой ампутации шейки матки.

4. Операцией выбора при доброкачественной опухоли яичника в пре- и

Постменопаузе является:

1. Резекция яичника

2. Удаление придатков со стороны поражения

3. Двухсторонее удаление придатков

4. Надвлагалищная ампутация матки с придатками

5. Надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомия

5. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации

Матки удалением:

1. Верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

2. Параметральной клетчатки

3. Подвздошных лимфатических узлов

4. Шейки матки

5. Придатков матки

**Ситуационная задача**

Е., 54 лет, обратилась с жалобами на появившиеся несколько дней назад гноевидные

выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев».

Менопауза с 45 лет. В анамнезе перед менопаузой ациклические кровотечения с

выскабливанием полости матки –железистая гиперплазия эндометрия. Ожирение III

ст., гипертоническая болезнь II ст, сахарный диабет - компенсированная форма.

Влагалищное исследование: ш\матки рожавшей, зев незначительно приоткрыт,

выделения цвета «мясных помоев». Матка несколько увеличена, плотная,

подвижная, придатки б\особенностей. В области параметриев небольшая

инфильтрация.

1.Диагноз.

2.Лечение.

3.Дополнительные методы обследования.

**Эталон ответа:**

1.Рак тела матки, стадия распространения II-III

2.аспирационная биопсия, цитологическое исследование влагалищных мазков,

взятых из заднего свода. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки

и цервикального канала под контролем гистероскопии, онкомаркеры (Ki- S2, Ki- S4,

Ki- S5). Для выявления отдаленных метастазов - проводят регтгенографию органов

грудной клетки, УЗИ, компьютерную томографию органов брюшной полости и

забрюшинных лимфоузлов.

3.При стадии Iб- IIа проводят экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию.

При отсутствии метастазов в лимфатических узлах и злокачественных клеток в

перитониальной жидкости, при неглубокой инвазии после операции следует

провести эндовагинальное внутриполостное облучение.

**Тема 17. Внутриматочные операции и манипуляции: лечебно-диагностическое выскабливание, пайпель-биопсия эндометрия, мануальная вакуумная аспирация ( демонстрация, выполнение на тренажёре).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Лечебно-диагностическое выскабливание, показания,условия, противопоказания, техника выполнения, профилактика осложнений

2.Пайпель – биопсия эндометрия, показания, условия, противопоказания, техника выполнения, профилактика осложнений

3. Мануальная вакуумная аспирация эндометрия, показания, противопоказания, условия, профилактика осложнений

4. Гистерорезектоскопия полипа эндометрия,субмукозной миомы матки, показания, условия, противопоказания, профилактика осложнений.

**Формы текущего контроля успеваемости:** тестирование, решение задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Показания к пайпель – биопсии являются:

1.кровотечение у женщины в период менопаузы,

2.кровотечение при приеме гормональных препаратов,

3.подозрение на эндометриоз,

4.подозрение на миому матки,

5.все выше перечисленное.

2.Противопоказания к мануальная вакуумная аспирации:

1.обильное кровотечение,

2.острая инфекция мочеполовой системы,

3.сахарный диабет,

4.артериальная гипертензия.

3.При появлении ациклических кровяных выделений проводится:

1.гистеросальпингография,

2.определение ЛГ,

3.УЗИ,

4.диагностическое выскабливание.

4.Основным методом остановки дисфункционнального кровотечения в пременопаузном периоде является:

1.Применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов,

2.Введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств,

3.Использование андрогенов,

4.Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала.

5.Показания для проведения гистероскопи:

1.Субмукозная миома матки,

2.Субсерозная миома матки,

3.Внутренний эндометриоз,

4.Наружный эндометриоз,

5.Полип эндометрия.

**Ситуационные задачи.**

**Задача 1.**

Больная С., 44 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации. Считает себя больной в течение 2х лет, когда стала отмечать кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота. При гинекологическом осмотре: матка увеличена до 5 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровянистые, обильные. Дальнейшая оптимальная тактика.

**Эталон ответа:**раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием материала

**Тема 18. Методы прерывания беременности: хирургический и медикаментозный аборт (демонстрация, выполнение на тренажёре).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1. Артифициальный, хирургический аборт, показания, условия, противопоказания, техника выполнения, обезболивание, профилактика осложнений ранних, отдаленных

2. Вакуум-аспирация плодного яйца, сроки беременности, показания, противопоказания, обезболивание, профилактика осложнений

3. Медикаментозный аборт, условия, показания, противопоказания, диагностика и профилактика осложнений

4. Оформление медицинской документации при выполнении аборта

5. Федеральный Закон Российской Федерации №323 от 2011г ст. о прерывании беременности

**Формы текущего контроля успеваемости:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков)

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1.Какова лечебная тактика при начавшемся аборте:

Сохраняющая терапия;

Опорожнение полости матки:

Витаминотерапия;

Противовоспалительная терапия;

Физиотерапия.

2. До какого максимального срока разрешено прерывание беременности по желанию женщины:

1. 8 недель;
2. 10 недель;
3. 12 недель;
4. 14 недель;
5. 16 недель.

3. Что относится к отдаленным осложнениям артифициального аборта**:**

1. Гематометр;
2. Острый воспалительный процесс гениталий;
3. Бесплодие;
4. Остатки плодного яйца
5. Перфорация матки.

4. Какова лечебная тактика чаще других применяемая при аборте:

1. Консервативная спазмолитическая, гемостатическая терапия;
2. Опорожнение полости матки;
3. Гормональная терапия
4. Физиотерапия
5. Витаминотерапия.

5. Укажите до какого максимального срока задержки менструации возможно выполнение мини-аборта:

1. 7 дней;
2. 14 дней;
3. 20 дней;
4. 1 месяца;
5. 2 месяцев.
6. Перечислите противопоказания к искусственному прерыва­нию беременности.
7. Iii—iv степень чистоты влагалищного отделяемого;
8. острая респираторная вирусная инфекция;
9. срок беременности более 12 нед.;
10. хронический лейкоз;

5. Верны ответы 1,2,3.

**7.** Укажите объем лабораторных исследований, необходимых для направления женщины на медицинский аборт.

1. бактериоскопия влагалищного мазка;
2. определение группы крови и резус-фактора;
3. постановка реакции вассермана и исследование крови на наличие антител к вич;
4. тромбоэластограмма;
5. верны все ответы

8. Перечислите возможные осложнения медицинского аборта.

1. Острое воспаление матки и ее придатков.
2. Разрывы шейки матки.
3. Перфорация матки.
4. Плацентарный полип.
5. Верны все ответы

9. Укажите наиболее частые осложнения криминального аборта:

1. Профузное маточное кровотечение;
2. Анаэробный сепсис;
3. Бактериальный шок;
4. Перфорация матки;
5. Верны все ответы.

10. Назовите наиболее характерные клинические симптомы бактериального шока:

1. Сосудистый коллапс, прогрессирующее снижение арте­риального давления без кровопотери;
2. Нарушения в свертывающей системе крови;
3. Стойкая олигурия или анурия;
4. Гиперпиретическая лихорадка;
5. Верны все ответы.

**Вопросы для самоконтроля обучающихся**

1. Определение понятия «аборт». Терминология и классификация.
2. Медицинский аборт по желанию женщины. Ст. 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Основные методы прерывания беременности в первом триместре. Медицинские противопоказания для проведения артифициального аборта.
4. Аборт по медицинским и социальным показаниям. Документы, регламентирующие проведение прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям.
5. Основные методы прерывания беременности во втором триместре.
6. Спонтанный аборт в первом триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных принятая в России. Профилактика.
7. Спонтанный аборт во втором триместре беременности. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Тактика ведения больных. Профилактика.
8. Осложнения спонтанного и искусственного аборта. Их диагностика, лечение и меры профилактики.

**Решение ситуационных задач**

**Задача №1.**

К акушерке родильного дома обратились знакомые с просьбой проконсультировать их дочь 26-ти лет. У молодой женщины недостаточность митрального клапана. 1 искусственный аборт по медицинским показаниям год назад. Месячные обычно регулярные, но сейчас произошла задержка на 6 дней, подозрение на беременность. Женщина хочет рожать, боится обращаться в ЖК, опасаясь, что ее пять заставят о сделать аборт, чувствует в настоящее время себя хорошо.  
Задание:  
1. Выделить проблемы данной семьи и помочь в их решении.  
2. Объяснить женщине, какие осложнения могут возникнуть у ее дочери в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом, если она откажется от квалифицированной специализированной помощи.  
3. Дать организационные советы: где и какую помощь может получить ее дочь в связи с данной ситуацией.  
1. Особенности ведения женщины с сердечно-сосудистой патологией  
2. .Выполнить манипуляцию «Взятие крови на биохимию».  
**Эталон ответа:**  
1. Женщина и ее семья не понимают значение факторов риска во время беременности и родов.  
2. Объяснить женщине добровольность прерывания беременности. Рассказать о признаках недостаточности кровообращения, которые могут быть в связи с большой нагрузкой во время беременности и родов.  
3. Рекомендовать женщине регулярно посещать женскую консультацию, кроме стандартных обследований, проконсультироваться у кардиолога, сделать ЭКГ и биохимические исследования. Выполнять все рекомендации по профилактике осложнений, согласиться на госпитализацию и родоразрешение в специализированном роддоме.  
4. Особенности ведения женщины с сердечно-сосудистой патологией.  
5. Выполнить манипуляцию.

**Тема 19. Неотложные состояния в гинекологии, требующие хирургического вмешательства (пункция влагалище через задний свод, диагностическая лапароскопия).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Этиология, патогенез, клиника внематочной беременности

2, Этиология патогенез, клиника апоплексии яичника

3.«Острый живот» в гинекологии

4. Перекрут ножки опухоли придатков матки, клиника , диагностика

5. Алгоритм диагностики, неотложной помощи

6. Показания к диагностической лапароскопии. Противопоказания.

7. Борьба с геморрагическим, гиповолемическим шоком

**Формы текущего контроля успеваемости:** устный опрос,тестирование, решение проблемно-ситуационных задач.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже органах, кроме:

1. Шейки матки;

2. Рудиментарного рога матки;

3. Яичника;

4. Брюшной полости;

5. Влагалища.

1. Наиболее частой причиной внематочной беременности является:

1. Генитальный инфантилизм;

2. Наружный генитальный эндометриоз;

3. Под слизистая миома матки;

4. Хронический сальпингит;

5. Длительное «ношение» вмк.

1. Наиболее информативный метод диагностики трубной беременности – это:

1. Трансвагинальнаяэхография.

2. Определение титра хорионического гонадотропина в сыворотке крови и моче в динамике.

3. Лапароскопия.

4. Рентгенотелевизионнаягистеросальпингография.

5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

1. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. Атрофия;

2. Пролиферация;

3. Железисто-кистозная гиперплазия;

4. Децидуальная трансформация;

5. Эндометриальный полип.

1. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

1. Апоплексии яичника;

2. Перфорации матки во время медицинского аборта;

3. Подкапсульного разрыва селезенки;

4. Перекрута ножки опухоли яичника;

5. Внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные клинические симптомы геморрагического шока:

1. Артериальная гипотензия;

2. Олигурия и анурия;

3. Частый нитевидный пульс;

4. Акроцианоз;

5. Все перечисленные выше симптомы.

1. Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере:

1. Частота сердечных сокращений;

2. Артериальное и центральное венозное давление;

3. Часовой диурез;

4. Цвет кожи и температура тела;

5. Все перечисленные выше.

1. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

1. Перекрута ножки опухоли яичника;

2. Рождения подслизистого миоматозного узла;

3. Атипической гиперплазии эндометрия;

4. Острого гнойного воспаления придатков матки;

5. Внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

1. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:

1. Внематочная беременность, нарушенная по типу труб­ного аборта;

2. Первичное или вторичное бесплодие;

3. «малые» формы перитонеального эндометриоза;

4. Перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации;

5. Все перечисленные выше.

1. Наиболее оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:

1. Эндотрахеальный наркоз;

2. Внутривенная анестезия;

3. Перидуральная анестезия;

4. Местная инфильтрационная анестезия;

5. Выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.

**Решение ситуационных задач:**

**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 х 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

Диагноз? Тактика ведения?

**Эталон ответа:** Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. Анализ на ХГЧ, УЗИ.

**Задача № 2**

Больная 20 лет поступила в отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, возникшие внезапно, после поднятия тяжести, слабость, тошноту. Из анамнеза: последняя менструация 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 110 уд. в мин., ритмичен. ЧД – 26 в мин. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. В левой подвздошной области выражен дефанс мышц передней брюшной стенки. Перитонеальные симптомы не определяются. В отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

**Эталон ответа:** апоплексия яичника (нарушения гемодинамики, притупление перк.звука => кровь в бр.полости). Оперативное лечение: лапароскопия, реинфузионная терапия.

**Тема 20. Инвазивные методы контрацепции (внутриматочные средства, хирургическая стерилизация, введение имплантов).**

**Вопросы для самоконтроля обучающихся:**

1.Методы внутриматочной контрацепции. Показания, обследование, противопоказания

2. Хирургический метод контрацепции (стерилизация). Показания, Методы, доступы для хирургической контрацепции. Противопоказания

3. Введение имплантов с целью контрацепции ( ВМК, внутривлагалищное кольцо, подкожное введение) Противопоказания.

4, Объем обследования , Принципы наблюдения пациенток, Сроки ношения контрацептива. Принципы диспансерного наблюдения

**Практические навыки:**

1. Умение целенаправленно собрать анамнез и оценить по нему возможность постановки предварительного диагноза.

2. Умение провести объективное исследование беременной и оценить его результаты.

3. Уметь применить дополнительные методы исследования и оценить результаты кардиотокограммы, интерпретировать данные УЗИ-исследования.

4. Уметь интерпретировать данные лабораторного обследования беременных

Умение просчитать факторы риска, внести пациентку в соответствующую группу риска, составить индивидуальный план ведения беременной2. Современные контрацептивы, классификация

5. Механизм контрацептивного эффекта комбинированных оральных контрацептивов

6. Лечебные аспекты КОК

7. Уметь сделать выбор метода контрацепции в различные периоды жизни женщины.

8. Уметь выявлять различные осложнения при внутриматочной и гормональной контрацепции

9. Уметь назначить необходимое обследование перед гормональной контрацепцией.

**Форма текущего контроля:**

1. письменная (тесты входного контроля)
2. устная (устный опрос, решение ситуационных задач, реферат, отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. К основным методам контрацепции относятся:

1. Гормональный  
2. Внутриматочный  
3. Барьерный  
4. Химический  
5. Все перечисленное

2. Гормональная контрацепция включает все, кроме:

1. Комбинированных оральных контрацептивов  
2. Чисто гестагенных контрацептивов  
3. Внутриматочной рилизинг-системы «Мирена»  
4. Антагонистов прогестерона (мифепристон)

5. Спермицидов

3. Возможные осложнения при использовании ВМК:

1. Эндометрит  
2. Сальпингоофорит  
3. Дисменорея  
4. Внематочная беременность

5. Бесплодие

4. Противопоказания для назначения гормональной контрацепции:  
1. Острый тромбоз глубоких вен голени  
2. Рак молочной железы  
3. Беременность в настоящее время или подозрение на нее D. Артериальная гипертензия  
4. Все перечисленное

5. Побочные эффекты гормональной контрацепции:

1. Мигренеподобные головные боли  
2. Снижение либидо  
3. Дискомфорт при ношении контактных линз  
4. Нагрубание молочных желез

5. Все перечисленное

6. Положительные эффекты гормональной контрацепции:

1. Профилактика рака яичника  
2. Профилактика ВЗОМТ  
3. Уменьшение менструальной кровопотери  
4. Купирование дисменореи

5. Все перечисленное

**Решение ситуационных задач:**

**Задача №1**

Какую контрацепцию можно рекомендовать 40 - летней замужней женщине, имеющей 3-х детей? Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Соматически и гинекологически здорова.  
**Эталон ответа:** Гормональная контрацепция. При желании – хирургическая стерилизация  
**Задача № 2**

17-летняя студентка обратилась в женскую консультацию по вопросам контрацепции. Не замужем. Половая жизнь нерегулярная.  
Какой метод контрацепции наиболее приемлем данной пациентке?

**Эталон ответа:**  
1. Стерилизация.  
2. Гормональная контрацепция  
3. ВМК  
4. Барьерные методы контрацепции

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |

**Критерии оценки письменного опроса:**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| Неудовлетворительно | Выставляется без беседы по вопросу, если ординатор не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием.  Выставляется за бессодержательные ответы на вопрос, незнание основных понятий. |
| Удовлетворительно | Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса. |
| Хорошо | Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. |
| Отлично | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера). |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Акушерство и гинекология » в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам по окончании каждого учебного года, т.е. всего 2 раза.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью иди с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

**Перечень вопросов к промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Анатомо-физиологические особенности женской половой сферы. |
|  | Роль женской консультации в снижении количества тяжёлых форм преэклампсии. Выделение группы риска по развитию преэклампсии. |
|  | Основные причины перинатальной смертности и пути её снижения. |
|  | Диспансеризация беременных с нормальным течением беременности. Определение срока выдачи декретного отпуска. |
|  | Организация работы отделения новорожденных. Уход за новорожденными при совместном пребывании матери и ребёнка. |
|  | Гигиена и диета беременных. Роль женской консультации в решении проблемы «крупный плод». |
|  | Организация работы родового отделения. |
|  | Основные показания и методы досрочного родоразрешения в интересах плода при патологическом течении беременности. |
|  | Организация акушерской помощи жительницам сельской местности. Выбор места родоразрешения в зависимости от степени пренатального риска. |
|  | Обследование супружеской пары при бесплодии в условиях женской консультации. |
|  | Организация и методы работы женской консультации. |
|  | Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов. Наблюдение за беременными группы повышенного риска. |
|  | Организация работы послеродовых отделений. |
|  | Экспертиза временной нетрудоспособности в акушерстве и гинекологии. |
|  | Диспансерное наблюдение за женщинами с кистами и кистомами яичников. |
|  | Организация работы стационара дневного пребывания. |
|  | Понятие о внутрибольничной инфекции. Организация эпиднадзора в акушерских стационарах. |
|  | Влияние вредных экологических факторов и привычек на специфические функции женского организма, развивающийся плод. |
|  | Диспансерное наблюдение за женщинами с эрозиями шейки матки. |
|  | Диспансерное наблюдение за больными с фибромиомой матки. |
|  | Диспансерное наблюдение за больными с хроническими воспалительными процессами придатков матки. |
|  | Роль женской консультации в профилактике послеродовых септических заболеваний. |
|  | Структура и задачи женской консультации. |
|  | Искусственное прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям. Понятие, нормативно-правовая база. |
|  | Стандарт обследования при подготовке к гинекологическим операциям в условиях женской консультации. |
|  | Принципы ведения беременных с экстрагенитальной патологией в женской консультации. |
|  | Послеродовое гипотоническое кровотечение. Клиника, диагностика, причины, лечение, профилактика. |
|  | Классификация послеродовых септических заболеваний. Особенности течения послеродового метроэндометрита. Диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. |
|  | Анатомически узкий таз, формы, степени сужения. Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом. |
|  | Кесарево сечение, виды операций. Показания, противопоказания, условия, осложнения в ходе операции. Методы обезболивания. |
|  | ДВС - синдром в акушерстве: причины, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Кровотечение в последовом периоде: причины, диагностика, лечение. |
|  | Современные принципы терапии и профилактики аномалий родовой деятельности (слабость родовых сил, дискоординированная родовая деятельность). |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с сахарным диабетом. |
|  | Эклампсия: клиника, диагностика, лечение, способы и сроки родоразрешения. |
|  | Преэклампсия умеренной, тяжёлой степени: клиника, диагностика, терапия, показания к досрочному родоразрешению. |
|  | Эклампсия. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Принципы родоразрешения. |
|  | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины, клиника. Классификация, дифференциальная диагностика, терапия, профилактика. |
|  | Особенности ведения родов при хронической и острой гипоксии плода. |
|  | Особенности течения и ведения преждевременных родов, их профилактика. Проблемы невынашивания беременности, современные методы терапии. |
|  | Перитонит после кесарева сечения. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. |
|  | Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с пороками сердца. |
|  | Угрожающий, начинающийся и свершившийся разрывы матки. Этиология, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Отёки беременной: клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации |
|  | Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями почек. Противопоказания к донашиванию беременности. |
|  | Ведение беременных с Rh-отрицательной кровью. |
|  | Предлежание плаценты. Этиология, формы, клиника, диагностика, лечение. |
|  | Ведение беременности и родов у женщин с тазовым предлежанием плода. |
|  | Раннее послеродовое кровотечение. Причины, диагностика, лечение, профилактика. |
|  | Ведение беременности и родов при многоплодии. Осложнения в родах и их профилактика. |
|  | Фетоплацентарная недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к досрочному родоразрешению. |
|  | Неотложная терапия послеродового гипотонического кровотечения. |
|  | Неотложная терапия септического шока. |
|  | Неотложная помощь при свершившемся разрыве матки. |
|  | Неотложная помощь при перфорации матки. |
|  | Неотложная помощь при эмболии околоплодными водами. |
|  | Неотложная помощь при тромбэмболии лёгочной артерии. |
|  | Неотложная терапия раннего послеродового кровотечения. |
|  | Неотложная помощь при ущемлении последа. |
|  | Внебольничный инфицированный аборт. Классификация, клиника, диагностика. Роль женской консультации в борьбе с абортами. |
|  | Лечебно-эвакуационная тактика врача при преэклампсии и эклампсии. |
|  | Неотложная помощь при выпадении петли пуповины. |
|  | Принципы неотложной терапия при преэклампсии, эклампсии. |
|  | Принципы неотложной терапии при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. |
|  | Этапы оказания первичной реанимационной помощи новорожденному в родзале. |
|  | Неотложная помощь при анафилактическом шоке. |
|  | Кисты и кистомы яичников. Клиника, диагностика, лечение. |
|  | Неотложная помощь при отёке лёгких. |
|  | Неотложная помощь при свершившемся разрыве матки. |
|  | Неотложная помощь при острой гипоксии плода во II периоде родов. |
|  | Неотложная помощь при почечной колике. |
|  | Тактика врача при несвоевременном излитии околоплодных вод. |
|  | Принципы неотложной помощи при центральном предлежании плаценты. |
|  | Неотложная помощь при ущемлении последа. |
|  | Неотложная терапия при кровотечении у женщин репродуктивного и климактерического возраста. |
|  | Неотложная помощь при гематоме влагалища после родов. |
|  | Неотложная помощь при позднем послеродовом кровотечении. |
|  | Проблема абортов, влияние их на организм женщины. Современные методы контрацепции. |
|  | Кровотечение в пременопаузе. |
|  | Туберкулёз женских половых органов: клиника, диагностика. |
|  | Трофобластическая болезнь: пузырный занос, хорионэпителиома. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Методы лечения. Прогноз. Профилактика. |
|  | Опухоли яичников: классификация, дифференциальная диагностика, тактика. |
|  | Клиника, диагностика, терапия воспалительных процессов женских половых органов инфекционной этиологии в современных условиях |
|  | Бесплодный брак. Формы женского бесплодия. Профилактика, диагностика, лечение. |
|  | Инфицированный аборт. Бактериально-токсический шок. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. Показания и противопоказания к оперативному лечению |
|  | Неотложная терапия при внебольничном инфицированном аборте. |
|  | Противозачаточные средства. Классификация, механизм действия и эффективность современных противозачаточных средств. |
|  | Самопроизвольный аборт: клиника, диагностика, неотложная помощь. Возможные осложнения и их профилактика. |
|  | Яичниковая и маточная формы аменореи. |
|  | Хронический эндометрит, сальпингоофорит. Клиника, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. |
|  | Ведение больных в неосложнённом послеоперационном периоде после гинекологических операций. Коррекция циркуляторных и обменных нарушений. |
|  | Внематочная беременность. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, профилактика. |
|  | Неотложная помощь при рождении субмукозногомиоматозного узла. |
|  | Дисфункциональные маточные кровотечения в детородном возрасте. |
|  | Синдром склерополикистозных яичников. |
|  | Контрацепция у подростков. |
|  | Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, методы лечения. |
|  | «Острый живот» в гинекологии, причины, дифференциальная диагностика, тактика. |
|  | Женская гонорея: классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения. |
|  | Заболевания наружных половых органов: кисты, кондиломы, воспаление большой вестибулярной железы. Клиника, диагностика, профилактика. |
|  | Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Роль женской консультации в профилактике рака шейки матки. |
|  | Опущение и выпадение стенок влагалища и матки: клиника, диагностика, лечение. |
|  | Предрак шейки матки. |
|  | Техника пункции заднего свода. |
|  | Техника ручного отделения последа. |
|  | Техника медицинского аборта. |
|  | Техника мини-аборта. |
|  | Техника кесарева сечения в нижнем сегменте. |
|  | Техника интраамнионального введения растворов |
|  | Техника консервативноймиомэктомии. |
|  | Техника гистеросальпингографии. |
|  | Техника вакуум–экстракции плода. |
|  | Техника введения ВМС. |
|  | Техника выскабливания полости матки при самопроизвольном выкидыше. |
|  | Техника надвлагалищной ампутации матки. |
|  | Пособие по защите промежности в родах при переднем виде затылочного предлежания. |
|  | Методика гемотрансфузии. |
|  | Техника тубэктомии. |
|  | Техника кистэктомии. |
|  | Техника гистероскопии. |
|  | Техника резекции яичника. |
|  | Техника наложения акушерских выходных щипцов. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности III степени. |
|  | Пособие по выведению ручек и головки при тазовом предлежании. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности I степени. |
|  | Техника вскрытия абсцесса бартолиниевой железы |
|  | Оказание пособия по защите промежности в родах при заднем виде затылочного предлежания. |
|  | Техника ушивания разрыва промежности II степени. |
|  | Техника полипэктомии. |

**Перечень практических навыков**

|  |
| --- |
| 1. Произвести бимануальное влагалищное, ректоагинальное исследование и интерпретировать по­лученные данные |
| 1. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания |
| 1. Определить показания к госпитализации |
| 1. Оценить тяжесть состояния больной |
| 1. Выработать план ведения больной |
| 1. Определить необходимость применения специфических методов исследования |
| 1. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры |
| 1. Взятие мазков на онкоцитологию |
| 1. Зондирование полости матки |
| 1. Взятие аспирата из полости матки |
| 1. Пункция брюшной полости через задний свод |
| 1. Удаление полипа слизистой цервикального канала |
| 1. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки. |
| 1. Медицинский аборт |
| 1. Проведение гистероскопии |
| 1. Проведение гистеросальпингографии |
| 1. Участие в лапароскопии. Интерпретация данных. |
| 1. Проведение диатермокоагуляции шейки матки |
| 1. Проведение криодеструкции шейки матки |
| 1. Проведение конизации шейки матки |
| 1. Проведение лазерной коагуляции шейки матки |
| 1. Тубэктомия |
| 1. Проведение стерилизации на трубах |
| 1. Удаление яичника |
| 1. Интерпретация данных УЗИ обследования гинекологических больных |
| 1. Резекция яичника |
| 1. Правильная оценка анамнеза и особеннос­тей течения беременности |
| 1. Правильная оценка противопоказаний к сохранению беременности |
| 1. Выявление факторов риска развития беременности, проведение профилактики ослож­нений |
| 1. Правильный выбор и оценка методов исследования беременной и плода, состояния фетоплацентарной системы, проведение профилактики фетоплацентарной недостаточности |
| 1. Осуществление дифференциального подхода к составлению плана ведения беременной с различной акушерской и соматической патологией |
| 1. Определение зрелости шейки матки и готовности организма к родам |
| 1. Осуществить прием родов |
| 1. Операция кесарево сечение |
| 1. Выработка тактики ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родов, определение показаний к оперативному родоразрешению |
| 1. Рассечение и зашивание промежности |
| 1. Акушерские щипцы |
| 1. Реанимация в родильном зале при асфиксии новорожденных |
| 1. Ведение родов при тазовом предлежании 2. (ручные пособия) |
| 1. Контрольное ручное обследование послеродовой матки. Ручное вхождение в матку (отделение плаценты) |
| 1. Проведение инфузионно-трансфузионной терапии |
| 1. Интерпретация показателей системы гемостаза и проведение коррекции выявленных нарушений |
| 1. Проведение медикаментозной профилактики акушерских кровотечений при патологически протекающей беременности в родах |
| 1. Владение способами остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде |
| 1. Оценка степени тяжести гестоза, эффективности проведения терапии, состояния плода и фетоплацентарной системы, показания к досрочному родоразрешению, методы родоразрешения |
| 1. Разработка дифференциального плана ведения родильниц после осложненных и оперативных родов. Выбор соответствующих методов лечения и обследований. |
| 1. Проведение профилактики развития послеродовых воспалительных заболеваний в группах риска |
| 1. Интерпретация данных УЗИ плода, плаценты, околоплодных вод в различные сроки беременности. |
| 1. Интерпретация данных доплеровского исследования плода. |
| 1. Интерпретация данных кардиотахограммы плода.   **Список проблемно-ситуационные задачи** |

**Акушерство**

**Задача № 1**

На третьи сутки после родов родильница 33 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39°С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта, хронический пиелонефрит. Молочные железы умеренно нагрубшие.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

Метод лечения?

**Задача № 2**

Повторнобеременная 32 лет, поступила в родильное отделение с родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад. Воды не изливались, беременность доношенная. Первая беременность 6 лет тому назад закончилась срочными родами. Роды продолжались более 2-х суток. Вес ребенка 4350,0; ребенок умер на третьи сутки от кровоизлияния в мозг.

Вторая беременность 3 года тому назад закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель беременности, эта беременность 3-я протекала без осложнений. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст., вес 74 кг., рост 166 см. Окружность живота 110 см., ВДМ – 37 см. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Размеры таза 27,30,33,21, схватки через 2-3 минуты по 35-40″. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, открытие 6 см. Плодный пузырь при исследовании вскрылся, излились светлые воды. Головка прижата ко входу в малый таз. Справа определяется большой родничок, (только его передний угол), лоб и лобный шов, слева пальпируются надбровные дуги и корень носа, мыс недостижим.

Диагноз?

Тактика ведения родов?

**Задача № 3**

У женщины 29 лет при сроке беременности 30-31 нед. и наличии преэклампсии средней степени тяжести в течение 3 нед. на фоне повышения АД до 170/100 мм.рт.ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие. При доплерометрии - увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании – «зрелая» шейка матки.

Какова должна быть тактика врача?

**Задача № 4**

Тазовое предлежание плода выявлено у повторнородящей в срок 32 недели беременности.

Тактика врача женской консультации?

**Задача № 5**

Первородящая 27 лет, находится в родовом блоке, роды срочные, продолжаются 8 часов, 2 часа назад произведено влагалищное исследование, при котором обнаружено, что шейка сглажена, открытие 2 см. Излились светлые околоплодные воды. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода, остававшееся до этого ясным, ритмичным, изменилось – при схватке брадикардия до 60 ударов в минуту, вне схватки около 120 – аритмичное, приглушенное.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 6**

Повторнородящая, 23 лет, находится в родильном доме 14 часов. Роды срочные, общая продолжительность родов 19 часов. Воды излились только что. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение 145 ударов в минуту. Размеры таза 23-25-28-18. Произведено влагалищное исследование. Найдено: открытие полное, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Имеется умеренная конфигурация головки. Мыс достижим. Диагональная коньюгата 10 см.

Диагноз?

Тактика врача?

**Задача № 7**

В женскую консультацию обратилась повторнобеременная при сроке беременности 25-26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из половых путей нет.

Тактика врача женской консультации?

**Задача № 8**

Повторнородящая, 30 лет, с преэклампсией средней степени тяжести находится в первом периоде родов; при влагалищном исследовании, проведенном час назад, найдено открытие 3 см. Размеры таза нормальные. Размеры плода средние, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, больше справа. Боль носит постоянный характер. При осмотре: АД 120/70, пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, тонус матки резко повышен, матка плотная на ощупь, правильной формы, не расслабляется. Части плода до этого хорошо пальпирующиеся, определить не удается. Сердцебиение плода не выслушивается. Из влагалища выделений нет.

Диагноз?

План ведения?

**Задача № 9**

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 250 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140-150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4-5 см. плодный пузырь цел, определяется шероховатость оболочек, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты.

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Задача № 10**

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортом, третья – кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм.рт.ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

Ваш диагноз?

**Задача № 11**

33 летняя первородящая с бесплодием в анамнезе поступила в родильный дом с излившимися 6 часов назад водами без родовой деятельности. Беременность доношена. Плод средних размеров, головка над входом в малый таз, сердцебиение ритмичное, ясное, 160 ударов в минуту. При влагалищном исследовании установлено: шейка длиной 3см., плотноватая, отклонена кзади, с трудом пропускает палец. Мыс недостижим. Плодного пузыря нет. Головка над входом в малый таз.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 12**

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Ваша тактика.

**Задача № 13**

У роженицы 20 лет во втором периоде своевременных родов, когда головка плода была расположена в узкой части полости малого таза, произошел припадок эклампсии.

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Задача № 14**

Первобеременная Ч. 27 лет поступила в отделение патологии род дома 2/1 по направлению женской консультации. Месячные с 13 лет без особенностей. Половая жизнь с 26 лет. Беременность наступила через 3 месяца от начала половой жизни, протекала удовлетворительно, в первую половину была периодически рвота, лечилась амбулаторно. АД в пределах 110/70-120/80 макс. Две недели назад отметила отеки на ногах, появился белок в моче 0,033‰. Данные осмотра: вес 70 кг., рост 162 см. Окружность живота 98 см. Высота дна матки 35 см. Положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Размеры таза 25-28-31-20 см. Имеются выраженные отеки на нижних конечностях, брюшной стенке. АД 160/110, 160/100. Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сохранена, наружный зев сомкнут. Через передний свод пальпируется головка, мыс не достижим.

Диагноз?

План ведения?

**Задача № 15**

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

Ваши действия?

**Задача № 16**

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 21 и 25 нед. беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 нед., отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см., размягчена на всем протяжении, канал свободно пропускает один палец.

Какова должна быть тактика врача женской консультации?

**Задача № 17**

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в родильный дом с излившимися околоплодными водами. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом.

Возможные действия врача?

**Задача № 18**

В родильный зал поступала женщина 38 лет, у которой в прошлом было 4 беременности, из которой первая 13 лет назад закончилась родами (вес плода 3900), а остальные 3 – абортами в медицинских учреждениях. Первые роды осложнились первичной родовой слабостью родовой деятельности. Настоящая беременность протекала без осложнений. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Размеры таза в пределах нормы. Схватки начались 5 часов назад, воды не изливались, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 ударов в минуту. Предполагаемый вес плода 4000-4200. Влагалищное исследование: шейка резко укорочена, мягкая, зев пропускает 4 см., плодный пузырь цел, предлежит головка над I тазовой плоскостью, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди.

Диагноз?

План ведения родов?

**Задача № 19**

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая самопроизвольным абортом. Положение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная, активная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается выпавшая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

Что должен предпринять врач, ведущий роды?

**Задача № 20**

Первобеременная, 32 лет, первые роды закончились операцией корпорального кесарева сечения 11 лет назад по поводу клинического несоответствия. Послеоперационный период протекал с лихорадкой, рана частично заживала вторичным напряжением. После 1-х родов не предохранялась. Данная беременность 2-я. Срок беременности 14 недель.

План ведения беременной?

**Задача № 21**

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37-38 нед., состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм.рт.ст., пульс 98 ударов в минуту.

Какой комплекс мероприятий следует провести при поступлении?

Тактика ведения беременной?

**Задача № 22**

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена женщина без сознания после трех припадков эклампсии при беременности 32 нед. Состояние крайне тяжелое, АД 180/120 мм.рт.ст., анурия. Сердцебиение плода глухое, 142 удара в минуту. Шейка матки сформирована, канал шейки матки закрыт.

Тактика ведения беременной?

**Задача № 23**

Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода произведено влагалищное исследование, при котором выявлено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода справа.

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

**Задача № 24**

У первородящей в первом периоде родов через 20 минут после влагалищного исследования излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

Ваша тактика?

**Задача № 25**

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты; ягодицы плода высоко над входом в малый таз; плодный пузырь цел.

Что делать?

**Задача № 26**

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 часа. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки потужного характера через 3 мин. по 35-40 с. Размеры таза 25-28-31-20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева, полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим.

Ваша тактика?

**Задача № 27**

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41-42 нед. При объективном исследовании: предполагаемая масса плода 4200 г., размеры таза 22-26-29-18 см, предлежание головное. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см., плотная, отклоненная кзади, наружный зев закрыт. В отделении патологии беременности созван консилиум и решено выполнить кесарево сечение в плановом периоде.

Что явилось показанием для операции?

**Задача № 28**

У больной 21 года в условиях гинекологического стационара диагностирована трубная беременность. Состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Пульс 72 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст., уровень гемоглобина в крови 130 г/л.

Какие методы лечения внематочной беременности возможны в данном случае?

**Задача № 29**

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

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

Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

**Задача № 30**

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 нед. В анамнезе одни срочные роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см., наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт; матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Тактика врача женской консультации?

**Задача № 31**

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпигастральной области. Пульс 100 уд/мин, АД 170/100 мм.рт.ст., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, она напряжена и болезненна при пальпации, сердцебиение плода глухое, выделения из влагалища кровянистые.

Что следует предпринять?

**Задача № 32**

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 38 недель. Размеры таза 23-26-29-18 см., диагональная коньюгата 11 см. Данные эхографии: плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 3200 г., плацента III степени зрелости в дне матки. При допплерометрии выявлены нарушения кровообращения в системе мать-плацента-плод II степени и маловодие.

Каков план родоразрешения?

**Задача № 33**

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно женщина побледнела, появились сильные распирающие боли в животе. Сердцебиение плода 100-110 уд/мин.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза.

Что делать?

**Задача № 34**

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120\65 мм.рт.ст. Схватки через 2-3 минуты по 50-55 секунд. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26-27-33-18 см. Сердцебиение плода глухое.

При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия.

При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен кпереди; достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне.

Наиболее вероятный диагноз?

Тактика врача?

**Задача № 35**

Первородящая находится во втором периоде родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90-100 уд/мин, которое не выравнивается после потуги.

При влагалищном исследовании выявлено, что головка плода находится в узкой части полости малого таза, сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок обращен влево кпереди.

Каков план дальнейшего ведения родов?

**Задача № 36**

В родильный дом доставлена беременная, предъявляющая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 недель. Беременность протекала с явлениями гестоза. Общее состояние средней тяжести, пульс 90 уд/мин, АД 130/90-140/90 мм.рт.ст Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/мин, глухое.

При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения; головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Что необходимо предпринять?

**Задача № 37**

Больная 39 лет доставлена бригадой скорой помощи в связи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 88 уд/мин, температура тела 37°С.

При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6×6 см тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении; слева придатки не определяются; своды свободны, выделения слизистые.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Дополнительное обследование для уточнения диагноза?

Дальнейшая тактика?

**Задача № 38**

Беременная К., 29 лет, поступила в родильный дом на роды с регулярной родовой деятельностью.

Беременность четвертая, роды третьи срочные. В детстве болела рахитом, корью. Менструации с 14 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные. Половая жизнь с 20 лет. Первые роды закончились мертворождением (причина не известна). Вторые роды через два года. Вес ребенка 3200 г. Один медицинский аборт два года назад, который осложнился воспалением матки и придатков. Находилась на стационарном лечении.

Данная беременность в первой половине протекала без осложнений. В сроке 27 недель находилась в отделение патологии беременных по поводу угрожающей внутриутробной гипоксии плода.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см, вес 91 кг. Пульс 80 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Размеры таза 27-27-30-19. Окружность живота 113 см, высота дна матки 37 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Предполагаемый вес плода 3700-4100 г. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие зева 5 см, плодный пузырь цел, головка подвижна над входом в малый таз, диагональная коньюгата – 11 см.

Диагноз?

План ведения?

**Задача № 39**

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм.рт.ст., пульс 72 уд/мин. при УЗИ исследовании заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

Тактика врача женской консультации; тактика врача в условиях стационара?

**Задача № 40**

Третий период родов продолжается 10 минут. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл., кровотечение продолжается.

Что делать?

**Гинекология**

**Задача № 41**

Беременная И., 26 лет, поступила в приемный покой родильного дома в сроке 32 недели. Жалобы на боли в пояснице, подложечной области, понижение аппетита, зуд кожных покровов. Был однократно жидкий стул. Заболела неделю назад, когда стала отмечать слабость, боли в пояснице, повышение температуры тела. В женской консультации данное состояние расценено как угроза прерывания беременности и больная была направлена на стационарное лечение в отделение патологии беременности.

Брак первый, менструальная функция не нарушена, соматические заболевания отрицает.

Объективные данные: состояние при поступлении удовлетворительное. Отмечается незначительная икретичность склер. В легких и сердце патологии нет. Печень на один палец ниже реберной дуги, болезненная при пальпации. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 14 уд/мин., несколько приглушено. Матка легко возбудима, мочеиспускание в норме, моча темного цвета.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей, шейка сформирована, длиной 2,5 см., мягкая, наружный зев сомкнут. Воды целы, мыс не достижим.

Поставьте диагноз.

Дальнейшая тактика?

**Задача № 42**

Больной К., 40 лет произведена операция – ампутация матки без придатков.

Муж больной при беседе с врачом поинтересовался, какая операция сделана его жене.

Что должен ответить врач?

**Задача № 43**

Первородящая С., 33 лет поступила в роддом 20/1 в 11 часов с указанием на преждевременное излитие вод в 9 часов. Из анамнеза выяснено: менструации с 13 лет, установились сразу по 3-4 дня, безболезненные, умеренные. Половая жизнь с 25 лет. Состоит во втором браке. Беременность третья. Две первые беременности закончились медабортами. Первый аборт был 7 лет назад, протекал без осложнений. Второй аборт 6 лет назад осложнился воспалением матки, лечилась стационарно, затем амбулаторно. С первым мужем разошлась через 2 года. Второй брак 3 года. От беременности не предохранялась. Последние месячные 15/VI.

В женской консультации наблюдалась регулярно. В 15 недель беременности находилась 2 недели на стационарном лечении по поводу угрожающего выкидыша.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 164 см, пульс 80 уд/мин., АД 110/70 мм.рт.ст., окружность живота 104 см, размеры таза 26-28-31-20. Высота стояния дна матки 39 см. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение 142 удара в минуту, ритмичное. Родовая деятельность отсутствует. Подтекают в небольшом количестве светлые воды.

В 12 часов произведено влагалищное исследование, найдено: шейка матки расположена на уровне терминальной линии, ближе к мысу, плотная, длина ее 3 см, цервикальный канал пропускает кончик пальца, мыс не достижим.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 44**

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 1,5 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании: матка небольших размеров, смещена вправо; слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10-12 см.

Предварительный диагноз?

Дополнительное обследование, дальнейшая тактика?

**Задача № 45**

Роженица М.. 24 лет поступила в роддом в 2 часа 20/1 с указанием на схваткообразные боли внизу живота с 22 часов 19/1 и направлена врачем женской консультации в стационар с диагнозом: беременность 43 недели. Анамнез: наследственность благоприятная. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, ангину. Менструации с 15 лет, установились сразу по 3-4 дня через 27 дней, умуренные безболезненные. Беременность II. Первая – медицинский аборт год назад. Вторая беременность настоящая. Во время беременности перенесла грипп с высокой температурой в сроке 29-30 недель.

Данные общего и акушерского обследования: общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем без отклонений от нормы. ВДМ 40 см, окружность живота 105 см. Схватки через 7-8 минут по 30 секунд, средней силы. Положение плода продольное, головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 уд/мин. Размеры таза: 25, 28, 31, 21 см. Влагалищное исследование: шейка сглажена, края толстые, открытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз, кости черепа плотные, швы и роднички плохо определяются. Диагональная коньюгата 13 см.

Диагноз? Причина перенашивания? Ведение родов?

**Задача № 46**

Беременная К., 18 лет. Беременность 1, осложнилась гестозом в сроке 34-35 недель. Врач женской консультации направил беременную для лечения в отделение патологии беременности. Беременная находилась в отделение патологии в течение 10 дней. В результате проведенного лечения наступило некоторое улучшение в состоянии беременной (исчезли отеки, АД снизилось до цифр 150/100 до 130/90 мм.рт.ст., но в моче определялся еще белок). Беременная стала настаивать на выписке. Врач объяснил беременной о возможных осложнениях, если не будет своевременно и правильно проведено лечение гестоза. Несмотря ни на что, беременная убежала из родильного дома.

Как поступить в данном случае?

**Задача № 47**

Беременная С., 24 года, поступила в родильный дом 8/XI в 0 часов 15 минут с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота и пояснице с 18 часов 7/XI.

Месячные с 14 лет. Беременность первая. При беременности в 33 недели патологическая прибавка веса, периодически повышение АД. Находилась на стационарном лечении с 26/X – 30/Х по поводу гестоза лёгкой степени. Выписана по настойчивой просьбе в связи с семейными обстоятельствами. Последние месячные 25 января, первое шевеление 30/VI.

Объективные данные: АД 140/100, пульс 80 уд/мин. Сердце, легкие патологии. Окружность живота 108см, высота дна матки 37 см, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Живот мягкий безболезненный. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Выделений из влагалища нет. Сокращение матки слабые через 20-30 минут, короткие. Симптом Пастернацкого отрицательный. Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей. Влагалище нерожавшей, шейка матки мягкая, длина 2 см, канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз? План ведения?

**Задача № 48**

Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднение мочеиспускания. В анамнезе одни роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез не отягощен. Постменопауза 4 года. Гинекологический статус: имеется расхождение ножек мышц, поднимающих задний проход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки; передняя и задняя стенки влагалища опущены.

Ваш диагноз? Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Какова тактика лечения больной?

**Задача № 49**

Повторнобеременная Б., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение. Менструации с 14 лет, установилась сразу по 5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений. Следующие три беременности осложнились тошнотой и рвотой до 5 раз в сутки и в ранние сроки были закончены искусственными абортами по желанию женщины. Эта беременность пятая. Появилась тошнота и рвота по утрам и в момент вставания с постели. Затем рвота участилась до трех раз в сутки, женщина обратилась в женскую консультацию, где ей было рекомендовано больше гулять на свежем воздухе. Рвота участилась до 10-15 раз в сутки, женщина потеряла в весе 900 г, появилась резкая слабость, головокружение. С этими жалобами была госпитализирована.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Женщина правильного телосложения, пониженного питания. Рост 164 см, вес 58,5 кг. Кожные покровы бледные и суховаты. Тургор ткани снижен. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы патологических изменений не обнаружено. Пульс 100 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения, лабильный. АД 100/50. Температура тела 36,8°С, при исследовании мочи – реакция на ацетон положительная (++), других патологических изменений в моче не обнаружено. Данные влагалищного исследования: влагалище рожавшей женщины, шейка цилиндрической формы, наружный зев закрыт, матка в антефлексии, увеличена соответственно 6-7 неделям беременности, размягчена, подвижна, безболезненна, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

Диагноз? Лечение?

**Задача № 50**

Больная 43 лет поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые.

Оптимальный объем операции? Какой фактор влияет на выбор объема операции в данном наблюдении?

**Задача № 51**

Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту повышение температуры тела до 38,5°С, диарею до трех раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь не регулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, пульс 110-112 уд/мин, АД 125/70 мм.рт.ст., язык сухой, обложен белым налетом; живот умеренно вздут, болезненный в гипогастральной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервита; тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки; задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

Диагноз, дополнительное обследование, тактика ведения?

**Задача № 52**

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные, кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и девять медицинских абортов. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция.

При влагалищном исследовании: шейк4а матки эрозированна, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакации – на 12 часах.

Какое дополнительное обследование требуется этой больной?

Дальнейшая тактика, лечение и ведение?

**Задача № 53**

Во время аборта произведена перфорация матки кюреткой.

Ваша тактика?

**Задача № 54**

Роженица С-а, 27 лет, поступила в родильное отделение ЦРБ по поводу схваток 10/VIII в 19:30 минут.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня без болей, регулярные. Последняя менструация 7/XI. Половая жизнь с 20 лет. Беременность 6-я, роды вторые. В анамнезе: одни срочные роды (ребенок жив), 2 медицинских аборта и 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 14-15 недель с последующим выскабливанием полости матки. Последний самопроизвольный выкидыш осложнился тяжелым течением воспаления матки.

Взята на учет по беременности с 6 недельного срока. Первая половина беременности осложнилась рвотой. В течение 22-х дней находилась на стационарном лечении по поводу токсикоза первой половины беременности.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. АД 120/70 – 130/80 мм.рт.ст. вес 68 кг, рост 166 см. Размеры таза 24-28-31-20. Окружность живота 100 см, высота дна матки 36 см. Схватки через 2-3 минуты по 30-35 секунд хорошей силы. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134уд/мин.

При влагалищном исследовании: шейка сглаженная, края средней толщины, мягкие, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, мыс не достижим.

Диагноз?

Тактика ведения родов?

**Задача № 55**

У женщины 32 лет вторая беременность закончилась искусственным прерыванием при сроке 12 недель в связи с пузырным заносом.

Как должно быть организовано диспансерное наблюдение за больной?

**Задача № 56**

Больная 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2-х лет, за медицинской помощью не обращалась. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта, последний из них произведенный 2 года назад, осложнился гематометрой, в связи с чем были произведены эвакуация гематометры, контрольное выскабливание стенок полости матки; в дальнейшем развился метроэндометрит.

При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 уд/мин, АД 125/80 мм.рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8-9 нед. беременности, плотная, ограничено подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Дополнительное обследование для уточнения диагноза?

Лечение в зависимости от результатов обследования?

**Задача № 57**

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша.

При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6-7 нед. беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 мес. назад.

Ваш предположительный диагноз?

Что следует предпринять для уточнения диагноза?

Дальнейшая тактика врача?

**Задача № 58**

Больная Ф., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение по поводу криминального аборта при сроке беременности 7-8 недель.

С данной беременностью на учете в женской консультации не состояла. С целью прерывания беременности ввела в полость матки водку. Через два дня поднялась температура до 38-39°, были ознобы. На третий день появились скудные кровянистые выделения. Вызвана скорая помощь.

Менструации с 12 лет по 3 дня через 30 дней, без болей. Половая жизнь с 17 лет. Брак второй не регистрирован. Настоящая беременность 5. Два медицинских аборта, один самопроизвольный выкидыш. Операция кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Ребенок жив. Страдает хроническим воспалением придатков матки в течение последних трех лет.

При поступлении состояние больной тяжелое, безразлична к обстоятельствам заболевания, заторможена. Кожные покровы бледно-желтушные, на щеках отдельные экхимозы. Отмечается пастозность. Частота дыхания 30 в минуту. Пульс 124 уд/мин, АД 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, пальпируется болезненная, увеличенная печень. Анурия. На рентгенограмме грудной клетки значительное расширение корней легких: признаки начальной стадии «водяного легкого». Бимануальное исследование: влагалище нерожавшей, шейка цилиндрической формы, зев проходим для кончика пальца, матка мягковата, увеличена до 7-8 недельного срока беременности, чувствительна при пальпации, своды свободны, придатки не пальпируются, выделения гнойно-кровянистые, незначительные, с неприятным запахом.

Диагноз? Что делать?

**Задача № 59**

Больная 52 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара до 10 раз в сутки, боли в области сердца, транзиторное повышение АД до 150/90 мм.рт.ст. Постменопауза 2,5 года.

При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище в состоянии возрастной инволюции, матка уменьшена в размере, придатки не пальпируются.

Диагноз, лечение, диспансерное наблюдение?

**Задача № 60**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно. Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10×12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие; выделения слизистые.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Дополнительное обследование?

Тактика врача женской консультации?

**Задача № 61**

Больная Б., 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение №1 2 февраля в 11 часов с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Считала себя беременной. Рожать не хотела. В медицинском аборте отказали из-за большого срока беременности. 31 января с целью прерывания беременности ввела в полость матки катетер. Дома повышалась температура до 39°С, был озноб. Кровотечения не было. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 14 лет, регулярные через 30 дней по 3 дня, без болей. Последние месячные в конце октября. Половая жизнь с 22 лет. Роды одни. Один медицинский аборт. Гинекологических заболеваний не было.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Температура 36,4°С. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс 88 уд/мин. АД 70/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание поверхностное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Мочится самостоятельно. Стул в норме. Осмотр шейки в зеркалах – чистая. Бимануальное исследование: матка мягковата, увеличена до 13-14-недельного срока беременности, цервикальный канал пропускает свободно палец, выделения кровянистые, незначительные.

Диагноз? Что делать?

**Задача № 62**

Беременная Г., 35 лет, поступила в роддом по направлению женской консультации. Из анамнеза выяснено: болела гриппом, 5 лет назад был остеомиелит нижней челюсти справа. Беременность 9-я. 1-я закончилась срочными родами. Затем было 7 медицинских абортов, последний - 2 года назад, без осложнений. При беременности 16 недель перенесла О.Р.З. Срок беременности на момент поступления – 34 недели. Объективные данные при поступлении: рост 145 см, вес 60 кг, размеры таза 24-27-29-18. Общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, цианоз губ, одышка – 36 уд/мин. Пульс 110 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Обращают внимание большие размеры живота. Окружность 110 см, высота дна матки 41 см. Матка имеет шаровидную форму, тонус ее повышен. Части плода определить не удается. Сердцебиение не выслушивается. Данные влагалищного исследования: наружные половые органы без особенностей. Влагалище емкое. Шейка сглажена, края тонкие, открытие 3 см. Предлежит плодный пузырь, напряжен. Части плода через своды не пальпируются. Мыс достижим. Диагональная коньюгата – 11 см.

Диагноз? Тактика врача?

**Задача № 63**

Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременностей в течение 5 лет. Считает себя больной около 3-х лет. В анамнезе один самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 5-6 недель. В возрасте 20 лет прооперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результатов гистологического исследования удаленной ткани больная не знает. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, матка в антефлексии, ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8×8 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены; выделения из половых путей слизистые.

Наиболее вероятный диагноз?

Дополнительное обследование для уточнения диагноза?

Оптимальная лечебная тактика?

**Задача № 64**

Больная 26 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голеней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Считает себя больной в течение 3 лет.

Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. С годами тяжесть клинических симптомов не возрастает. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

Какая форма менструального синдрома наиболее вероятна?

Какое лечение следует рекомендовать больной?

**Задача № 65**

Больная 34 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на первичное бесплодие в течение 7 лет.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, через 27-28 дней, по 5-6 дней, умеренные безболезненные. Половая жизнь регулярная, в браке, от беременности не предохранялась, беременности не наступали.

С помощью базальной термометрии установлено чередование однофазных и двухфазных циклов с укороченной до 4-5 дней второй фазой. Согласно результатам рентгенотелевизионной гистеросальпингографии, маточные трубы выполняются контрастным веществом до ампулярных отделов, выход его в брюшную полость не отмечен.

При исследовании спермограммы мужа выявлены астено- и олигозооспермия II степени. После лечения мужа андрологом сохраняется астеноозоспермия II степени.

Укажите возможные причины бесплодия?

Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Наиболее рациональный способ лечения бесплодия у данной больной?

**Задача № 66**

Больная 24 лет госпитализирована в гинекологическое отделение для обследования по поводу первичного бесплодия.

Из анамнеза: замужем 3 года, муж обследован, здоров. Менструации регулярные, скудные, болезненные. Базальная температура двухфазная.

При влагалищном исследовании: матка в антефлексии, не увеличена, ограниченно подвижна; придатки с обеих сторон утолщены, чувствительны при пальпации; своды глубокие.

Какие методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза и генеза бесплодия?

**Задача № 67**

Больная 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности.

В анамнезе двое срочных родов, пять медицинских абортов, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 6 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удален год назад. Считает себя больной в течение 6 месяцев, к врачу не обращалась.

При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 78 уд/мин, ритмичный, АД 125/80 мм.рт.ст., уровень гемоглобина 80 г/л.

При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, тело матки увеличено до размеров, соответствующих 6-7 неделям беременности, округлое, подвижное, безболезненное; придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная; своды выражены; параметрии свободны; выделения из половых путей слизистые.

Предположительный диагноз.

Наиболее вероятные причины гиперполиметрии.

Дополнительное обследование для уточнения диагноза.

**Задача № 68**

У больной 32 лет на третьи сутки после искусственного прерывания беременности появились схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, температура тела повысилась до 38°С.

При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, канал шейки проходим для пальца; матка увеличена до 8-9 недель беременности, болезненна при пальпации и смещении; придатки с обеих сторон не определяются.

Какова тактика ведения больной?

**Задача № 69**

Роженица О., 23 лет поступила в родильный дом 2/I в 10 часов 15 минут с указанием на схваткообразные боли с 6 часов утра.

Из анамнеза выяснено: росла здоровой, ничем кроме ангины не болела. Менструальный цикл нормальный, менархе в 14 лет. Половая жизнь с 22 лет. Брак первый, беременность первая. Последние месячные 13 апреля. Первое шевеление плода не помнит. Первая явка в женскую консультацию 15/VII при беременности 13 недель. Беременность сопровождалась умеренной анемией, Hb-10 г%. лечилась амбулаторно.

При осмотре: телосложение правильное, рост 142 см, вес 51 кг. Окружность живота 91 см, высота дна матки 37 см. Размеры таза 20-24-28-17,5 см. Лучезапястный индекс 11 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение 140 уд/мин, ритмичное, ясное. Воды не изливались. Схватки через 5-6 минут по20-25 секунд, недостаточной силы. В 11:30 влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей. Влагалище не рожавшей. Шейка матки сглажена, открытие 4 см, края тонкие. Головка над входом в малый таз. Плодный пузырь цел, диагональная коньюгата – 11 см. Форма крестца обычная.

Диагноз?

План ведения?

**Задача № 70**

Больная 15 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 3 месяца и продолжаются в течение 12 дней.

Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом, отмечает частые носовые кровотечения.

При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 уд/мин, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 90 г/л, гематокрит 28%. Живот мягкий, безболезненный. Результаты гинекологического обследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела.

При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых органов кровянистые, умеренные.

Диагноз, дополнительное обследование, тактика ведения и лечения?

**Задача № 71**

Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 7 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции. Менструации с 14 лет, по 5-7 дней, через 35-45 дней, умеренные, безболезненные.

При осмотре: больная правильного телосложения, повышенного питания.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, тело матки уменьшено в размерах, в области придатков матки с обеих сторон пальпируются образования 3×4×4 см, плотные, подвижные, безболезненные. Согласно результатам тестов функциональной диагностики, базальная температура монофазная. Сперматограмма мужа без патологических изменений.

Наиболее вероятный диагноз?

Какое дополнительное исследование следует провести больной?

**Задача № 72**

Роженица П.,25 лет, поступила в род дом 20\_III в 10 часов с указанием на схваткообразные боли внизу живота с 5 часов.

Анамнез: наследственность благоприятная, перенесенные заболевания: корь, грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу по 5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 12 июня. Половая жизнь с 22 лет. Мужу 26 лет, здоров. Беременность первая, наступила через два года от начала половой жизни. От беременности не предохранялась, по поводу отсутствия беременности не лечилась, не обследовалась. Течение беременности: в 1-й половине – рвота, во 2-й – водянка беременных. Женскую консультацию посещала с 10-недельного срока беременности. Регулярно, беременность доношенная. Данные обычного и акушерского обследования: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. температура 36,7°С, АД 120/80 мм.рт.ст., вес 76 кг, рост 155 см. Со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной систем патологии не выявлено. В анализе мочи – удельный вес 1020, белок 0,22‰. Живот увеличен за счет беременной матки. Окружность 102 см, высота дна матки 34 см. положение плода продольное, головное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 138 уд/мин. Схватки через 7-8 минут по 30 секунд. Размеры таза 26-29-31-22.

Влагалищное исследование: влагалище не рожавшей женщины. Шейка сглажена, края до 0,3 см. Открытие маточного зева на 4 см. Плодный пузырь цел, передних вод умеренное количество. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева сбоку. Таз емкий, мыс не достижим. Экзоостов нет.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 73**

Больной 23 лет произведена гистеросальпиногскопия по поводу первичного бесплодия. На рентгенограмме: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с булавоидными расширениями в ампулярных отделах;выхода контастного вещества в брюшную полость не наблюдается.

Для какого заболевания характерны подобные изменения?

**Задача № 74**

Беременная Т., 36 лет, поступила в отделение патологии беременности 20/II в 13 часов с жалобами на кровянистые выделения, которые возникли 2 часа назад.

Анамнез: наследственность благоприятная. Соматические заболевания – ангина, грипп. Менструации с 12 лет по 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные, установились сразу. Последняя менструация с 1 по 3/VII. Половая жизнь с 24 лет. Мужу 34 года, здоров. Последнее половое сношение месяц назад. Беременность пятая три первых беременности закончились срочными родами, дети живы. Четвертая беременность 2 года назад – криминальный выкидыш в сроке 16 недель, было лихорадочное состояние, лечилась в стационаре 3 недели.

Настоящая беременность протекала благоприятно. 20/II внезапно без видимой причины появились кровянистые выделения из влагалища. Обратилась в женскую консультацию, откуда немедленно была направлена в родильный дом с диагнозом «подозрение на предлежание плаценты». Дату шевеления плода не помнит. Первая явка в консультацию поздняя.

Общее акушерское обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 90 см, высота дна матки 29 см. Схватки отсутствуют, но матка периодически приходит в тонус. Плод в головном предлежании, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода130уд/мин, ясное, ритмичное. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. Размеры таза 26-29-31-20 см.

Диагноз? Тактика?

**Задача № 75**

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5°С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременностей предохраняется ритм–методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

Объективно состояние удовлетворительное, пульс 96 уд/мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные гнойно-слизистые выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.

Предварительный диагноз.

Дополнительное обследование для уточнения диагноза. Лечение.

**Задача № 76**

Больная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, нерегулярные, с задержками до 20-25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократные воспаления легких, экссудативный плеврит.

При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, температура тела 37°С, пульс 78 уд/мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, болезненная; с обеих сторон от матки определяется образование плотной консистенции неправильной формы размером 5×6 и 7×5 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

**Задача № 77**

Больная 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 10 лет, АД 150/90 мм.рт.ст. Масса тела 92 кг, рост 150 см.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища легко ранима; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка обычных размеров; придатки не определяются; параметрии свободны.

Какой диагноз наиболее вероятен? Дополнительное обследование и тактика ведения в зависимости от результатов обследования?

**Задача № 78**

Роженица во II периоде родов: потуги активные, регулярные по 30-40 минут через 2-3 сек. Сердцебиение плода 100 уд. в минуту.

При влагалищном исследовании обнаружено: полное открытие маточного зева, плодный пузырь отсутствует, головка расположена на III тазовой плоскости, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.

Диагноз? Действия врача, ведущего роды.

**Задача № 79**

В отделение патологии беременности по направлению женской консультации поступила беременная в сроке 39 недель с тазовым предлежанием плода.

Беременность протекала без видимых осложнений. Рост беременной 168 см, вес 78 кг, ОЖ 94 см, ВСДМ 38 см, размеры таза 25-28-30-20. При влагалищном исследовании выявлена IV степень зрелости шейки матки.

Необходимое дополнительное обследование для решения вопроса о методе родоразрешения.

**Задача № 80**

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5°С. Менструальная функция не нарушена. 12 день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5°С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия, доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

При осмотре: состояние средней тяжести, пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный.

При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12-14-18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гноевидные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

***Типовые тестовые задания***

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Акушерство |
| 1 | Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через |
|  | верхний край лона, безымянные линии, мыс |
|  | середина лона, середина вертлужных впадин, сочленение II-III крестцовых позвонков |
|  | середина лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение |
|  | нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение |
|  |  |
| 2 | Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является |
|  | середина между малым и большими родничками |
|  | малый родничок |
|  | лоб |
|  | затылочный бугор |
|  |  |
| 3 | Проводной точкой при переднеголовном предлежании является |
|  | малый родничок |
|  | большой родничок |
|  | середина между малым и большим родничками |
|  | надпереносье |
|  |  |
| 4 | Каким размером происходит рождение головки при переднем виде затылочного предлежания? |
|  | малым косым |
|  | прямым |
|  | вертикальным |
|  | средним косым |
|  |  |
| 5 | Размер Франка равен в норме |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20 см |
|  | 11 см |
|  | 9 см |
|  | 12 см |
|  |  |
| 6 | Истинная конъюгата равна |
|  | 11 см |
|  | 13 см |
|  | 9 см |
|  | 20 см |
|  |  |
| 7 | Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является |
|  | истинная конъюгата |
|  | расстояние между седалищными остями |
|  | расстояние между нижним краем симфиза и верхушкой копчика |
|  | расстояние между седалищными буграми |
|  |  |
| 8 | Наибольшим размером малого таза является |
|  | поперечный размер плоскости входа в малый таз |
|  | поперечный размер выхода из полости малого таза |
|  | поперечный размер плоскости узкой части малого таза |
|  | прямой размер узкой части полости малого таза |
|  |  |
| 9 | У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму |
|  | четырехугольника, вытянутого в горизонтальном направлении |
|  | четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении |
|  | неправильного четырехугольника |
|  | геометрически правильного ромба |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 10 | Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению |
|  | спинки |
|  | головки |
|  | мелких частей |
|  | тазового конца |
|  |  |
| 11 | Что такое позиция плода? |
|  | отношение спинки плода к нижнему сегменту матки |
|  | отношение крупной части плода ко входу в малый таз |
|  | отношение спинки плода к передней или задней стенке матки |
|  | отношение спинки плода к правой или левой стенке матки |
|  |  |
| 12 | Головное предлежание плода при физиологических родах |
|  | переднеголовное |
|  | затылочное |
|  | лобное |
|  | лицевое |
|  |  |
| 13 | Первым моментом биомеханизма родов при затылочном предлежании является |
|  | прорезывание головки |
|  | внутренний поворот головки |
|  | разгибание головки |
|  | сгибание головки |
|  |  |
| 14 | Отношение головки плода ко входу в малый таз определяется |
|  | первым приемом Леопольда |
|  | третьим и четвертым приемами Леопольда |
|  | вторым приемом наружного акушерского обследования |
|  | измерением высоты стояния дна матки |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 15 | Большой родничок расположен на месте пересечения следующих швов |
|  | венечный, лобный, стреловидный |
|  | затылочный, стреловидный, венечный |
|  | лобный, затылочный, стреловидный |
|  | венечный, лобный, затылочный |
|  |  |
| 16 | Проводная ось таза - это |
|  | линия, соединяющая центры прямых размеров всех четырех плоскостей таза |
|  | линия, проведенная через мыс и нижний край лона |
|  | линия, проведенная через верхний край лона и верхушку копчика |
|  | линия, соединяющая центры всех поперечных размеров таза |
|  |  |
| 17 | Что является точкой фиксации на головке при переднем виде затылочного предлежания? |
|  | затылочный бугор |
|  | подзатылочная ямка |
|  | надпереносье |
|  | верхняя челюсть |
|  |  |
| 18 | Каким размером происходит рождение головки при лицевом предлежании? |
|  | малым косым |
|  | прямым |
|  | средним косым |
|  | вертикальным |
|  |  |
| 19 | Ранняя неонатальная смертность - это |
|  | число умерших жизнеспособных новорожденных во время родов из 1000 всех родившихся |
|  | число умерших детей в течение 28 полных суток жизни из числа 1000 живорожденных |
|  | число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных |

|  |  |
| --- | --- |
|  | число детей, умерших в первые 7 суток жизни, к числу родившихся живыми x 1000 |
|  |  |
| 20 | После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение |
|  | 6 часов |
|  | 12-24 часа |
|  | 3-5 суток |
|  | 72 часа |
|  |  |
| 21 | Вторым приемом Леопольда определяют |
|  | предлежание плода |
|  | положение плода, позицию и вид позиции |
|  | высоту стояния дна матки |
|  | часть плода, находящуюся в дне матки |
|  |  |
| 22 | "Золотой стандарт" диагностики беременности ранних сроков включает |
|  | измерение базальной температуры |
|  | определение уровня Р-ХГЧ в моче (крови), визуализация плодного яйца в полости матки при УЗИ |
|  | УЗИ |
|  | динамическое наблюдение |
|  |  |
| 23 | Общее объективное обследование беременной (роженицы) начинается с |
|  | пальпации живота |
|  | аускультации сердцебиения плода |
|  | пельвиометрии |
|  | объективного обследования по системам |
|  |  |
| 24 | Положение плода - это |
|  | отношение спинки плода к боковым стенкам матки |
|  | отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки |

|  |  |
| --- | --- |
|  | отношение оси плода к оси матки |
|  | отношение крупной части плода ко входу в малый таз |
|  |  |
| 25 | Предлежанием плода называется |
|  | отношение спинки плода к передней или задней стенкам матки |
|  | отношение спинки плода к боковым стенкам матки |
|  | отношение крупной части плода ко входу в малый таз |
|  | определение крупной части плода в дне матки |
|  |  |
| 26 | Место наилучшего выслушивания сердцебиения плода при тазовом предлежании II позиции |
|  | слева выше пупка |
|  | справа выше пупка |
|  | слева ниже пупка |
|  | справа ниже пупка |
|  |  |
| 27 | Через середины вертлужных впадин проходит |
|  | поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза |
|  | поперечный размер плоскости входа в малый таз |
|  | поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза |
|  | прямой размер плоскости широкой части полости малого таза |
|  |  |
| 28 | Диагональная конъюгата это расстояние между |
|  | нижним краем симфиза и мысом |
|  | седалищными буграми |
|  | гребнями подвздошных костей |
|  | большими вертелами бедренных костей |
|  |  |
| 29 | При трасвагинальном сканировании плодное яйцо расположено в матке, эмбрион <7 мм, сердцебиение плода не визуализируется. Что следует сделать? |

|  |  |
| --- | --- |
|  | провести вагинальное исследование |
|  | осмотр шейки матки при помощи зеркал |
|  | дополнить исследование трансабдоминальное сканирование |
|  | повторное сканирование через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность. |
|  |  |
| 30 | в- ХГЧ в крови становится положительным |
|  | в первые 1 -2 дня задержки менструации |
|  | через 1 нед после даты ожидаемой менструации |
|  | в первые 5 дней после зачатия |
|  | В первые 9 дней после зачатия |
|  |  |
| 31 | Подтверждает факт наличия беременности уровень в-ХГЧ равный |
|  | более 0,5 МЕ/л |
|  | более 1 МЕ/л |
|  | более 5 МЕ/л |
|  | более 50 МЕ/л |
|  |  |
| 32 | Маточная беременность регистрируется на УЗИ при размере плодного яйца |
|  | 1 мм |
|  | 5 мм |
|  | > 3 мм |
|  | > 5 мм |
|  |  |
| 33 | Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям таза, если вся внутренняя поверхность лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение заняты головкой |
|  | головка большим сегментом в широкой части малого таза |
|  | головка в узкой части полости малого таза |
|  | головка в плоскости выхода малого таза |

|  |  |
| --- | --- |
|  | головка прижата ко входу в малый таз |
|  |  |
| 34 | Определите биомеханизма родов: стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади ниже большого, большой слева кпереди |
|  | задний вид затылочного предлежания, II позиция |
|  | передний вид затылочного предлежания, I позиция |
|  | задний вид затылочного предлежания, I позиция |
|  | передний вид затылочного предлежания, II позиция |
|  |  |
| 35 | Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, слева у крестца передний угол большого родничка. Определите биомеханизм родов |
|  | лобное предлежание |
|  | лицевое предлежание |
|  | переднеголовное предлежание |
|  | асинклитическое вставление |
|  |  |
| 36 | Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки |
|  | косо-продольный |
|  | циркулярный |
|  | косой |
|  | продольный |
|  |  |
| 37 | Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки |
|  | циркулярный |
|  | косой |
|  | косо-продольный |
|  | продольный |
|  |  |
| 38 | Для «зрелой» шейки матки характерно |
|  | шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал |

|  |  |
| --- | --- |
|  | проходим для 2-х пальцев |
|  | шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см |
|  | шейка матки в центре малого таза; длиной 2.0-2,5 см., размягчена, цервикальный канал для 1-го пальца |
|  | шейка матки отклонена кзади; длиной до 3 -х см, плотная, наружный зев закрыт |
|  |  |
| 39 | Определите акушерскую ситуацию: головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов находится в поперечном размере выхода малого таза, малый родничок слева, большой справа |
|  | передний вид затылочного предлежания, первая позиция |
|  | задний вид затылочного предлежания, первая позиция |
|  | переднетеменное вставление |
|  | низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция |
|  |  |
| 40 | Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для исследования нижний края лона, седалищные ости, крестцово-копчиковой сочленение |
|  | головка в узкой части полости малого таза |
|  | головка в широкой части полости малого таза |
|  | головка в плоскости выхода малого таза |
|  | головка большим сегментом во входе в малый таз |
|  |  |
| 41 | Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: все опознавательные точки заняты головкой |
|  | головка в узкой части полости малого таза |
|  | головка в широкой части полости малого таза |
|  | головка в плоскости выхода малого таза |
|  | головка большим сегментом во входе в малый таз |
|  |  |
| 42 | Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для исследования нижний края лона, медиальные поверхности седалищных бугров, верхушка копчика |
|  | головка в узкой части полости малого таза |

|  |  |
| --- | --- |
|  | головка в широкой части полости малого таза |
|  | головка в плоскости выхода малого таза |
|  | головка большим сегментом во входе в малый таз |
|  |  |
| 43 | Диаметром большого сегмента головки является вертикальный размер головки.  Определите биомеханизм родов |
|  | затылочное предлежание, передний вид |
|  | затылочное предлежание, задний вид |
|  | лицевое предлежание |
|  | переднеголовное предлежание |
|  |  |
| 44 | Диаметром большого сегмента при переднеголовном предлежании является |
|  | прямой размер головки |
|  | средний косой размер головки |
|  | малый косой размер головки |
|  | вертикальный размер головки |
|  |  |
| 45 | Влагалищное исследование в послеродовом периоде после абдоминального родоразрешения |
|  | проводится по показаниям |
|  | не проводится |
|  | проводится всем родильницам |
|  | проводится только родильницам после двух и более операций кесарево сечение |
|  |  |
| 46 | Определите акушерскую ситуацию: шейка матки не определяется, головка плода в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, роднички на одном уровне |
|  | II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция |
|  | I период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция |
|  | II период родов, затылочное предлежание, вторая позиция |
|  | II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 47 | Определите биомеханизм родов: лицевая линия в правом косом размере, подбородок слева кпереди |
|  | лицевое предлежание, задний вид |
|  | лицевое предлежание, передний вид |
|  | лобное предлежание |
|  | асинклитическое вставление головки |
|  |  |
| 48 | Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца |
|  | переднеголовное предлежние, задний вид |
|  | лобное предлежание, задний вид |
|  | лицевое предлежание, задний вид |
|  | лобное предлежание, передний вид |
|  |  |
| 49 | Для физиологически протекающей беременности не характерна |
|  | тахикардия |
|  | гемоконцентрация |
|  | гиперкоагуляция |
|  | гиперпролактинемия |
|  |  |
| 50 | Изменения в организме женщины при беременности создают благоприятные условия для развития |
|  | гестационного сахарного диабета |
|  | гипогликемии |
|  | кровотечения вследствие гипокоагуляции |
|  | увеличения тонуса кишечника |
|  |  |
| 51 | Выберите наиболее верную формулировку |
|  | при беременности иммунитет снижается |
|  | при беременности формируется частичный иммунодефицит |

|  |  |
| --- | --- |
|  | беременность характеризуется подавлением адаптивного иммунитета на фоне активации врожденного иммунитета |
|  | беременность характеризуется активацией адаптивного иммунитета на фоне подавления врожденного иммунитета |
|  |  |
| 52 | Артериальное давление при физиологической беременности |
|  | повышается |
|  | снижается |
|  | несколько снижается в первой половине беременности и увеличивается после 28 недель |
|  | уровень артериального давления не меняется |
|  |  |
| 53 | Ремоделирование спиральных артерий при физиологической беременности представляет собой |
|  | утрату спиральными артериями гладкомышечных волокон |
|  | увеличение количества спиральных артерий |
|  | уменьшение количества спиральных артерий |
|  | гипертрофию гладкомышечных волокон спиральных артерий |
|  |  |
| 54 | Сколько и какие сосуды проходят в пуповине? |
|  | 4 сосуда - 2 артерии и 2 вены |
|  | 3 сосуда - 2 вены и 1 артерия |
|  | 3 сосуда - 2 артерии и 1 вена |
|  | 2 сосуда - 1 вена и 1 артерия |
|  |  |
| 55 | Выберите правильное утверждение |
|  | плацента человека имеет децидуально-хориальный тип строения |
|  | хориальная пластинка плаценты покрыта амнионом |
|  | плацента формируется к 11 неделям беременности |
|  | в среднем, вес плаценты 1,5-2 кг |
|  |  |
| 56 | Выберите правильное утверждение |

|  |  |
| --- | --- |
|  | плацента человека имеет гемохориальный тип строения |
|  | в пуповине два сосуда |
|  | в пуповине две вены и одна артерия |
|  | в пуповине 1 артерия и 1 вена |
|  |  |
| 57 | Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца |
|  | переднеголовное предлежние, задний вид |
|  | лобное предлежание, задний вид |
|  | лицевое предлежание, задний вид |
|  | лобное предлежание, передний вид |
|  |  |
| 58 | Листок нетрудоспособности на дородовый и послеродовый отпуск при одноплодной беременности |
|  | выдается в 30 недель на 140 дней |
|  | может быть выдан на любом сроке после 30 недель по желанию женщины на 140 дней |
|  | срок выдачи определяется после родов |
|  | в случае родов до 30 недель выдается на 140 дней с момента родов |
|  |  |
| 59 | Диагональная конъюгата - это расстояние |
|  | от передней верхней подвздошной ости с одной стороны до задней верхней ости подвздошной кости с другой |
|  | от нижнего края симфиза до крестцового мыса |
|  | от верхушки копчика до верхнего края симфиза |
|  | от надкрестцовой ямки до верхненаружного края лонного сочленения |
|  |  |
| 60 | Варианты положения плода |
|  | прямое, поперечное и смешанное |
|  | левое, правое и прямое |
|  | переднее и заднее |

|  |  |
| --- | --- |
|  | продольное, поперечное и косое |
|  |  |
| 61 | Расстоянием от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца называется |
|  | наружная конъюгата |
|  | диагональная конъюгата |
|  | акушерская конъюгата |
|  | истинная конъюгата |
|  |  |
| 62 | Концентрация Р-ХГЧ при физиологической беременности нарастает |
|  | до 10 недель беременности |
|  | равномерно в течение всей беременности |
|  | с 5 до 20 недель беременности |
|  | с 10 до 20 недель беременности |
|  |  |
| 63 | Для физиологической беременности не характерно |
|  | гемодилюция |
|  | гиперкоагуляция |
|  | повышение концентрации тромбоцитов |
|  | активация контринсулярных гормонов |
|  |  |
| 64 | При физиологически протекающей беременности осмотр врача-офтальмолога необходимо провести |
|  | в течение первых 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию |
|  | в течение первых 30 дней после первичного обращения в женскую консультацию |
|  | в течение первого триместра беременности |
|  | по показаниям |
|  |  |
| 65 | К сомнительным признакам беременности относится |
|  | увеличение матки в объеме |

|  |  |
| --- | --- |
|  | цианоз наружных половых органов |
|  | изменение в восприятии вкусов и запахов |
|  | прекращение менструации |
|  |  |
| 66 | К достоверным признакам беременности относится |
|  | положительный тест на беременность |
|  | увеличение размеров матки |
|  | повышение уровня В-ХГЧ в анализе крови |
|  | шевеление плода |
|  |  |
| 67 | К вероятным признакам беременности относится |
|  | повышение уровня Р-ХГЧ в анализе крови |
|  | тошнота |
|  | выслушивание сердцебиения плода |
|  | пальпация частей плода |
|  |  |
| 68 | Расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения называется |
|  | наружной конъюгатой |
|  | диагональной конъюгатой |
|  | акушерской конъюгатой |
|  | истинной конъюгатой |
|  |  |
| 69 | Размеру Франка приблизительно равняется |
|  | наружная конъюгата |
|  | диагональная конъюгата |
|  | поперечный размер ромба Михаэлиса |
|  | **вертикальный размер ромба Михаэлиса** |
|  |  |
| 70 | Во время беременности объем ОЦК |
|  | уменьшается |
|  | увеличивается в 1,5-2 раза |
|  | увеличивается в 3 раза |
|  | остается прежним |
|  |  |
| 71 | Посев мочи для исключения бессимптомной бактериурии проводится |
|  | при наличии у беременной патологии мочеполовой системы |
|  | после 14 недели беременности |
|  | в первом триместре беременности |
|  | после 36 недель беременности |
|  |  |
| 72 | Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода |
|  | первая позиция, передний вид |
|  | вторая позиция, задний вид |
|  | первая позиция, задний вид |
|  | вторая позиция, передний вид |
|  |  |
| 73 | Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода |
|  | первая позиция, передний вид |
|  | вторая позиция, задний вид |
|  | первая позиция, задний вид |
|  | вторая позиция, передний вид |
|  |  |
| 74 | Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют |
|  | положение, позицию и вид позиции |
|  | высоту стояния дня матки и положение плода |
|  | высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки |
|  | предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 75 | Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют |
|  | положение, позицию и вид позиции |
|  | тонус матки и положение плода |
|  | высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки |
|  | предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз |
|  |  |
| 76 | Признак Пискачека в диагностике ранних сроков беременности заключается в |
|  | гребневидном утолщении передней стенки матки |
|  | сокращении матки при ее пальпации |
|  | размягчении перешейка матки |
|  | асимметрии матки |
|  |  |
| 77 | Признак Пискачека относится к группе признаков беременности |
|  | вероятных |
|  | сомнительных |
|  | предположительных |
|  | достоверных |
|  |  |
| 78 | Признак Снегирева в диагностике ранних сроков беременности заключается в |
|  | гребневидном утолщении передней стенки матки |
|  | сокращении матки при ее пальпации |
|  | размягчении перешейка матки |
|  | увеличении матки |
|  |  |
| 79 | Признак Снегирева относится к группе признаков беременности |
|  | сомнительных |
|  | предположительных |
|  | вероятных |

|  |  |
| --- | --- |
|  | достоверных |
|  |  |
| 80 | Признак Горвица-Гегара в диагностике ранних сроков беременности заключается в |
|  | гребневидном утолщении передней стенки матки |
|  | сокращении матки при ее пальпации |
|  | размягчении перешейка матки |
|  | увеличении матки |
|  |  |
| 81 | Признак Горвица-Гегара относится к группе признаков беременности |
|  | вероятных |
|  | сомнительных |
|  | предположительных |
|  | достоверных |
|  |  |
| 82 | В каком случае при подсчете срока беременности не следует опираться на первый день последней менструации? |
|  | при нормопонирующем менструальном цикле |
|  | при нерегулярном менструальном цикле |
|  | при антепонирующем менструальном цикле |
|  | при постпонирующем менструальном цикле |
|  |  |
| 83 | Уровень Р-ХГЧ в крови свидетельствует о |
|  | сроке гестации и ее прогрессировании |
|  | локализации беременности |
|  | имплантации плодного яйца |
|  | анэбрионии |
|  |  |
| 84 | Биохимический маркер беременности малого срока |
|  | высокий уровень прогестерона |
|  | появление Р-ХГЧ в крови |

|  |  |
| --- | --- |
|  | повышение уровня эстрадиола |
|  | повышение уровня эстриола |
|  |  |
| 85 | Расчет предполагаемой даты родов производится |
|  | по дате последней менструации и данным УЗИ первого скрининга |
|  | по дате последней менструации по первому шевелению плода |
|  | только по данным УЗИ в сроке до 10 недель |
|  | по 1 -й явке в женскую консультацию |
|  |  |
| 86 | «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает |
|  | определение Р-ХГЧ в моче (крови), УЗИ (визуализация плодного яйца) |
|  | задержка менструации и визуализация плодного яйца при ультразвуковом исследовании |
|  | измерения базальной температуры |
|  | пальпация частей плода |
|  |  |
| 87 | При лицевом предлежании |
|  | роды через естественные родовые пути невозможны |
|  | роды через естественные родовые пути возможны только в заднем виде |
|  | роды через естественные родовые пути возможны только в переднем виде |
|  | головка проходит через плоскости таза большим косым размером |
|  |  |
| 88 | При переднеголовном предлежании проводной точкой является |
|  | подзатылочная ямка |
|  | верхняя часть переносицы |
|  | малый родничок |
|  | большой родничок |
|  |  |
| 89 | Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода |
|  | первая позиция, передний вид |

|  |  |
| --- | --- |
|  | вторая позиция, задний вид |
|  | первая позиция, задний вид |
|  | вторая позиция, передний вид |
|  |  |
| 90 | Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода |
|  | первая позиция, передний вид |
|  | вторая позиция, задний вид |
|  | первая позиция, задний вид |
|  | вторая позиция, передний вид |
|  |  |
| 91 | Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют |
|  | высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки |
|  | положение, позицию и вид позиции |
|  | тонус матки и положение плода |
|  | предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз |
|  |  |
| 92 | Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют |
|  | тонус матки и положение плода |
|  | положение, позицию и вид позиции |
|  | высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки |
|  | отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз в дополнение к третьему приему |
|  |  |
| 93 | Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, вторая позиция, задний вид, головное предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода? |
|  | справа, ближе к боковой стенке матки, ниже пупка |
|  | слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка |
|  | справа, на уровне пупка |
|  | справа, ближе к белой линии живота, выше пупка |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 94 | Сердцебиение плода при первой позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается |
|  | слева, на уровне пупка |
|  | справа, на уровне пупка |
|  | слева, выше пупка |
|  | слева, ниже пупка |
|  |  |
| 95 | Сердцебиение плода при второй позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается |
|  | слева, на уровне пупка |
|  | справа, на уровне пупка |
|  | слева, выше пупка |
|  | слева, ниже пупка |
|  |  |
| 96 | Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл |
|  | в I триместре |
|  | в I и II триместрах |
|  | не показан |
|  | на протяжении всей беременности |
|  |  |
| 97 | Асинклитическое вставление - это |
|  | отклонение стреловидного шва от центральной оси таза кпереди или кзади |
|  | разгибательное вставление (переднеголовное или лобное) |
|  | значительное нахождение костей черепа друг на друга |
|  | отсутствие продвижения головки на схватку |
|  |  |
| 98 | Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл |
|  | в I триместре |

|  |  |
| --- | --- |
|  | в I и II триместрах |
|  | не показан |
|  | на протяжении всей беременности |
|  |  |
| 99 | Диаметром большого сегмента головки при лицевом предлежании является |
|  | средний косой размер |
|  | большой косой размер |
|  | вертикальный размер |
|  | прямой размер |
|  |  |
| 100 | Наиболее частой причиной смертности недоношенных новорожденных является |
|  | геморрагическая болезнь новорожденных |
|  | гемолитическая болезнь новорожденных |
|  | внутрижелудочковые кровоизлияния |
|  | респираторный дистресс-синдром |
|  |  |
| 101 | Диаметром большого сегмента головки при лобном предлежании является |
|  | малый косой размер |
|  | большой косой размер |
|  | большой поперечный размер |
|  | прямой размер |
|  |  |
| 102 | Диаметром большого сегмента головки при переднеголовном предлежания является |
|  | прямой размер |
|  | малый косой размер |
|  | вертикальный размер |
|  | средний косой размер |
|  |  |
| 103 | Передний вид асинклитизма - это |
|  | вставление головки, при котором передняя теменная кость первая вступает во вход в |

|  |  |
| --- | --- |
|  | малый таз, стреловидный шов при этом отклонен от проводной оси кзади |
|  | вставление головки, при котором задняя теменная кость первая вступает во вход в малый таз, стреловидный шов при этом отклонен от проводной оси кпереди |
|  | правильное вставление головки |
|  | асинклитизм Лицмана |
|  |  |
| 104 | Диаметром большого сегмента головки при переднем виде затылочного предлежания является |
|  | малый косой размер |
|  | большой косой размер |
|  | вертикальный размер |
|  | distantia bregmatico-cervicale - диаметр головки при максимальном ее сгибании |
|  |  |
| 105 | Под большим сегментом головки плода понимают |
|  | наибольшую часть головки, проходящую вход в малый таз при данном предлежании |
|  | любую часть головки, проходящую через вход малого таза |
|  | часть головки, расположенную ниже большого косого размера |
|  | наименьшую часть головки, проходящую плоскость входа в малый таз |
|  |  |
| 106 | Задний вид асинклитизма - это |
|  | вставление головки, при котором передняя теменная кость первая вступает во вход в малый таз, стреловидный шов при этом отклонен от проводной оси кзади |
|  | вставление головки, при котором задняя теменная кость первая вступает во вход в малый таз, стреловидный шов при этом отклонен от проводной оси кпереди |
|  | правильное вставление головки |
|  | асинклитизм Негеля |
|  |  |
| 107 | Ведущим механизмом прекращения кровотечения сразу после родов является |
|  | гипертонус матки |
|  | тромбоз вен матки |
|  | тромбоз вен таза |

|  |  |
| --- | --- |
|  | дистракция миометрия |
|  |  |
| 108 | Окситоцин с целью профилактики кровотечения в III и раннем послеродовом периоде следует вводить |
|  | только пациенткам группы высокого риска кровотечения |
|  | только первородящим |
|  | только повторнородящим |
|  | всем пациенткам в третьем периоде родов |
|  |  |
| 109 | С целью профилактики кровотечения в III и раннем послеродовом периодах окситоцин вводят |
|  | в течение 1 -й минуты после рождения плода |
|  | в момент прорезывания головки |
|  | после выделения плаценты |
|  | через 10-15 минут после рождения плода |
|  |  |
| 110 | Число сердцебиений плода в минуту в норме равно |
|  | 80-90 ударов в минуту |
|  | 100-110 ударов в минуту |
|  | 120-160 ударов в минуту |
|  | 170-180 ударов в минуту |
|  |  |
| 111 | Эффективность родовой деятельности объективно оценивается |
|  | по частоте и продолжительности схваток |
|  | по длительности родов |
|  | по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки |
|  | по времени излития околоплодных вод |
|  |  |
| 112 | При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через |
|  | 2 часа |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 15 минут |
|  | 1 час |
|  | 30 минут |
|  |  |
| 113 | Во втором периоде родов сердцебиение плода контролируется |
|  | после каждой схватки с помощью стетоскопа или с помощью интранатальной КТГ |
|  | через каждые 10 минут |
|  | через каждые 5 минут |
|  | рутинно не контролируется |
|  |  |
| 114 | Второй период родов начинается с момента |
|  | полного раскрытия шейки матки |
|  | начала потуг |
|  | прорезывания теменных бугров |
|  | излития вод |
|  |  |
| 115 | Окситоцин с целью профилактики кровотечения в III и раннем послеродовом периоде следует вводить |
|  | только пациенткам группы высокого риска кровотечения |
|  | только первородящим |
|  | только повторнородящим |
|  | всем пациенткам в третьем периоде родов |
|  |  |
| 116 | С целью профилактики кровотечения в III и раннем послеродовом периодах окситоцин вводят |
|  | в течение 1 -й минуты после рождения плода |
|  | в момент прорезывания головки |
|  | после выделения плаценты |
|  | через 10-15 минут после рождения плода |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 117 | Признак отделения плаценты Альфельда заключается в |
|  | изменении формы и высоты стояния дна матки |
|  | удлинении наружного отрезка пуповины |
|  | удлинении отрезка пуповины при потуживании |
|  | удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном |
|  |  |
| 118 | Непрерывный КТГ-мониторинг в родах не показан при |
|  | применении эпидуральной анестезии |
|  | длительности безводного промежутка более 24 часов |
|  | проведении родостимуляции окситоцином |
|  | своевременных родах в затылочном предлежании |
|  |  |
| 119 | Своевременные (срочные) роды - это роды, произошедшие в срок |
|  | 40 и более недель |
|  | 37 недель 1 день - 41 неделя |
|  | 38-42 недели |
|  | 38-40 недель |
|  |  |
| 120 | Признак отделения плаценты Кюстнера-Чукалова заключается в |
|  | удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном |
|  | удлинении отрезка пуповины при потуживании |
|  | удлинении наружного отрезка пуповины |
|  | изменении формы и высоты стояния дна матки |
|  |  |
| 121 | Масса роженицы 75 кг, допустимая кровопотеря при физиологическом течении беременности и родов составляет |
|  | 325 мл |
|  | 400 мл |
|  | 500 мл |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 628 мл |
|  |  |
| 122 | Активная тактика ведения третьего периода родов подразумевает |
|  | введение окситоцина (в первую минуту после рождения плода -10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину |
|  | выполнение тракций за пуповину |
|  | прием метода Абуладзе при наличии признаков отделения плаценты |
|  | прием любого наружного метода выделения последа при наличии признаков отделения плаценты |
|  |  |
| 123 | Нестрессовый тест во время записи КТГ заключается в оценке реакции сердечно­сосудистой системы плода в ответ на |
|  | на введение окситоцина матери |
|  | на непродолжительную задержку дыхания беременной |
|  | его движения |
|  | на физическую нагрузку |
|  |  |
| 124 | Комплексная оценка новорожденного по шкале Апгар включает |
|  | частоту сердечных сокращений и дыхания, окраску кожных покровов, массо-ростовые показатели, оценку рефлексов |
|  | сознание, ограничение подвижности в тазобедренных суставах |
|  | частоту сердечных сокращений и дыхания, окраску кожных покровов, мышечный тонус, оценку рефлексов |
|  | частоту сердечных сокращений и дыхания, сознание, мышечный тонус, оценку рефлексов |
|  |  |
| 125 | Второй период родов называется |
|  | активный период |
|  | период изгнания |
|  | фаза замедления |
|  | последовый период |
|  |  |
| 126 | Влагалищное исследование после излития околоплодных вод при тазовом предлежании |

|  |  |
| --- | --- |
|  | обязателен во всех случаях |
|  | только при наличии кровянистых выделений из половых путей |
|  | только при изменениях КТГ |
|  | при излитии мекониальных околоплодных вод |
|  |  |
| 127 | Прием Абуладзе - это |
|  | признак отделения плаценты |
|  | способ выделения последа при плотном прикреплении плаценты |
|  | наружный прием выделения последа при наличии признаков отделения плаценты |
|  | способ активного ведения III периода родов |
|  |  |
| 128 | На чем основывается диагноз «резус-сенсибилизация»? |
|  | на наличии в сыворотке крови резусных антител |
|  | наличие у беременной резус-отрицательной крови |
|  | наличие у супруга резус-положительной крови |
|  | наличие резус-положительной крови у плода |
|  |  |
| 129 | Какой характер изменения титра антител чаще всего приводит к развитию тяжелых форм гемолитической болезни плода? |
|  | возрастающий |
|  | снижающийся |
|  | неизмененный |
|  | скачкообразный |
|  |  |
| 130 | Что не является ультразвуковым признаком гемолитической болезни плода? |
|  | утолщение плаценты |
|  | маловодие |
|  | гепатоспленомегалия |
|  | наличие асцита |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 131 | Патогенетически обоснованным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода является |
|  | внутриутробное переливание крови |
|  | десенсибилизирующая терапия |
|  | плазмоферез |
|  | гемосорбция |
|  |  |
| 132 | Признаком отечной формы гемолитической болезни новорожденного является |
|  | желтушность кожных покровов |
|  | снижение показателей гемоглобина |
|  | повышение показателей билирубина |
|  | анасарка |
|  |  |
| 133 | Назовите основной метод лечения тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных |
|  | заменное переливание крови |
|  | фототерапия |
|  | переливание эритроцитарной массы |
|  | инфузионная терапия |
|  |  |
| 134 | Показанием для введения анти-резусного иммуногаммаглобулина с целью профилактики резус-сенсибилизации не является |
|  | искусственное и самопроизвольное прерывание беременности |
|  | рождение ребенка с резус-положительной кровью |
|  | внематочная беременность |
|  | амниоскопия |
|  |  |
| 135 | После планового профилактического введения антирезусного иммуноглобулина резус- отрицательной беременной в сроке 28-30 недель антирезусные антитела в крови |
|  | следует определять не ранее, чем через месяц |
|  | следует определить через две недели, чтобы оценить эффективность профилактики |

|  |  |
| --- | --- |
|  | следует определить после родов |
|  | определять не следует |
|  |  |
| 136 | При проведении инвазивной пренатальной диагностики резус-отрицательной женщине антирезусный иммуноглобулин |
|  | вводится обязательно |
|  | вводить не следует |
|  | вводят только в 28 недель |
|  | вводят только после 12 недель |
|  |  |
| 137 | Профилактическое введение антирезусного иммуноглобулина резус-отрицательной беременной не было произведено в сроке 28-30 недель. В настоящий момент срок беременности 32 недели. Что следует предпринять? |
|  | ввести антирезусный иммуноглобулин в настоящий момент при отсутствии резус- сенсибилизации |
|  | ввести антирезусный иммуноглобулин, но в половинной дозе |
|  | не вводить антирезусный иммуноглобулин до родов |
|  | ввести антирезусный иммуноглобулин в двойной дозе |
|  |  |
| 138 | У пациентки с резус-отрицательной кровью при отсутствии резус-антител в крови для профилактики резус-сенсибилизации сразу после серкляжа ввести в/м антирезус- иимуноглобулин в дозе |
|  | 500 МЕ |
|  | 3500 МЕ |
|  | 300 МЕ |
|  | 300 мкг или 1500 МЕ |
|  |  |
| 139 | При проведении инвазивной пренатальной диагностики резус-отрицательной женщине антирезусный иммуноглобулин |
|  | вводится обязательно |
|  | вводить не следует |
|  | вводят только в 28 недель |

|  |  |
| --- | --- |
|  | вводят только после 12 недель |
|  |  |
| 140 | Резус-отрицательным несенсибилизированным женщинам после прерывания беременности на сроке более 7 недель показано введение антирезусного иммуноглобулина |
|  | в течение первых 24 ч |
|  | в течение первых 48 ч |
|  | в течение первых 72 ч |
|  | в течение первых 96 ч |
|  |  |
| 141 | Во время беременности антирезусный иммуноглобулин с профилактической целью вводится |
|  | при титре антирезусных антител в крови беременной более 1/16 |
|  | при рождении в предшествующих родах ребенка с гемолитической болезнью |
|  | при проведении амниоцентеза резус-отрицательной беременной |
|  | после внутриутробного переливания крови по поводу гемолитической болезни плода |
|  |  |
| 142 | Антирезусный иммуноглобулин после родов вводят в случае |
|  | рождения резус положительного ребенка у резус-отрицательной матери |
|  | рождения резус-отрицательного ребенка |
|  | наличия у ребенка признаков гемолитической болезни |
|  | наличия резус-антител |
|  |  |
| 143 | Исследование на резус-антитела у резус-отрицательных женщин при резус-положительной принадлежности отца ребенка проводится |
|  | 1 раз в месяц до 28 недель |
|  | 1 раз в 2 недели |
|  | 1 раз в триместр |
|  | 1 раз в 2 месяца |
|  |  |
| 144 | Методы анестезии при операции кесарева сечения |
|  | ЭТН |

|  |  |
| --- | --- |
|  | общая анестезия и нейроаксиальная анестезия |
|  | только спинальная |
|  | только эпидуральная |
|  |  |
| 145 | Прием низкомолекулярного гепарина в профилактической дозировке должен быть отменен до плановой операции кесарева сечения за |
|  | 24 часа |
|  | 12 часов |
|  | 5 суток |
|  | 4 часа |
|  |  |
| 146 | Профилактическое введение антибиотика при родоразрешении путем операции кесарева сечения производится |
|  | интраоперационно до извлечения плода |
|  | интраоперационно сразу после извлечения плода |
|  | за 30-60 минут до кожного разреза |
|  | не позднее 30 минут с момента окончания операции |
|  |  |
| 147 | Интервал времени между принятием решения и родоразрешением при непосредственной угрозе жизни матери или плода не должен превышать |
|  | 30 минут |
|  | 20 минут |
|  | 15 минут |
|  | 5 минут |
|  |  |
| 148 | Методом инактивации дезагрегантов в экстренной ситуации является |
|  | варфарин |
|  | витамин К |
|  | протамин сульфат |
|  | экстренная трансфузия тромбоцитов |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 149 | Противопоказанием для спинальной анестезии является тромбоцитопения с уровнем тромбоцитов меньше |
|  | 100х109/Л |
|  | 150х109/Л |
|  | 70х109/Л |
|  | 70-100х109/Л |
|  |  |
| 150 | Противопоказанием для эпидуральной анестезии является тромбоцитопения с уровнем тромбоцитов меньше |
|  | 100х109/Л |
|  | 150х109/Л |
|  | 70х109/Л |
|  | 70-100х109/Л |
|  |  |
| 151 | Нейроаксиальные методы анестезии противопоказаны при значении фибриногена |
|  | > 4г/л |
|  | < 1г/л |
|  | 2-4г/л |
|  | < 2г/л |
|  |  |
| 152 | Какой параметр коагулограммы используется для оценки эффективности варфарина? |
|  | МНО |
|  | АЧТВ |
|  | АПТВ |
|  | тромбоциты |
|  |  |
| 153 | Назначение варфарина во время беременности |
|  | возможно при наличии информированного согласия с 13 до 34 недель пациенткам с протезированным клапаном сердца |
|  | не возможно |

|  |  |
| --- | --- |
|  | возможно после 36 недель пациенткам с протезированным клапаном сердца |
|  | возможно после 13 недель пациенткам с сердечно-сосудистой патологией |
|  |  |
| 154 | Показанием к назначению гепарина (НМГ) во время беременности не является |
|  | развитие ТЭЛА во время беременности |
|  | тромбоцитопения < 75\*109/Л |
|  | врожденный и приобретенный дефицит антитромбина III |
|  | гомозиготная мутация фактора V Лейдена |
|  |  |
| 155 | Низкомолекулярные гепарины в акушерстве применяются с целью |
|  | профилактики преэклампсии |
|  | профилактики задержки роста плода |
|  | профилактики плацентарной недостаточности |
|  | профилактики венозных тромбоэмболических осложнений |
|  |  |
| 156 | С целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений во время беременности применяется |
|  | низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах |
|  | низкомолекулярные гепарины в терапевтических дозах |
|  | ацетилсалициловая кислота |
|  | дипиридамол |
|  |  |
| 157 | К наследственной форме тромбофилии высокого риска не относится |
|  | мутация в генах фолатного цикла |
|  | дефицит протеина С |
|  | дефицит протеина S |
|  | дефицит антитромбина III |
|  |  |
| 158 | Всем пациенткам в родах и после родов целесообразно |
|  | назначение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах курсом на 3 дня |

|  |  |
| --- | --- |
|  | назначение дипиридамола с целью профилактики венозных тромбозов |
|  | проведение оценки риска венозных тромбоэмболических осложнений и назначение НМГ в соответствии с полученным риском |
|  | назначение 150 мг ацетилсалициловой кислоты на 6 недель послеродового периода |
|  |  |
| 159 | Родильнице с тромбозом бедренной вены в анамнезе показано |
|  | проведение тромбоэластограммы в послеродовом периоде с целью решения вопроса о необходимости проведения антикоагулянтной терапии |
|  | назначение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах на 10 дней в послеродовом периоде |
|  | назначение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах на 6 недель в послеродовом периоде |
|  | проведение тромбоэластограммы в послеродовом периоде с целью решения вопроса о необходимости приема дезагрегантов |
|  |  |
| 160 | Показанием к применению курантила во время беременности является |
|  | профилактика плацентарной недостаточности |
|  | нарушение маточно-плацентарного кровотока |
|  | нет показаний |
|  | преждевременное старение плаценты |
|  |  |
| 161 | При диагностике задержки роста плода |
|  | показана терапия актовегином |
|  | показано назначение НМГ |
|  | необходимо исключить преэклампсию |
|  | показано УЗИ через 1 месяц |
|  |  |
| 162 | При диагностике задержки роста плода |
|  | тактика зависит от степени задержки роста плода и проявлений плацентарной недостаточности |
|  | тактика зависит только от срока гестации |
|  | тактика зависит от наличия рубца на матке |

|  |  |
| --- | --- |
|  | тактика зависит только от предлежания плода |
|  |  |
| 163 | К немедленным осложнениям эпидуральной анестезии в родах не относится |
|  | задержка мочи |
|  | высокий и тотальный спинальные блоки |
|  | гипертермия и озноб |
|  | артериальная гипотония |
|  |  |
| 164 | Преимуществом спинальной анестезии над эндотрахеальным наркозом при кесаревом сечении является |
|  | отсутствие аллергических реакций |
|  | отсутствие риска синдрома нижней полой вены |
|  | лекарственные препараты не проникают в кровоток плода |
|  | может выполнить любой акушер-гинеколог |
|  |  |
| 165 | Критерии тяжелой артериальной гипертензии |
|  | 140/100 мм.рт.ст |
|  | 160/110 мм.рт.ст |
|  | 150/90 мм.рт.ст |
|  | 120/80 мм. рт.ст |
|  |  |
| 166 | Максимальная суточная доза метилдопа при артериальной гипертензии |
|  | 1500 мг |
|  | 3000 мг |
|  | 2000 мг |
|  | 500 мг |
|  |  |
| 167 | Болюсное введение сернокислой магнезии в терапии преэклампсии подразумевает введение |
|  | 16 мл в/в в течение 10-15 минут |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 25 мл в/в в течение 15 минут |
|  | 60 мл с помощью инфузомата со скоростью 4 г/час |
|  | 60 мл с помощью инфузомата со скоростью 16 мл/час |
|  |  |
| 168 | Профилактика преэклампсии препаратами аспирина проводится в сроки гестации |
|  | с 12 до 36 недель |
|  | с 13 до 34 недель |
|  | с 20 до 36 недель |
|  | с 20 недель до родоразрешения |
|  |  |
| 169 | Первый пренатальный скрининг определения риск преэклампсии, сЗРП и хромосомных аномалий проводится |
|  | при постановке на учет |
|  | 11-13,6 недель |
|  | 12-20 недель |
|  | 20 недель |
|  |  |
| 170 | При тяжелой преэклампсии показано родоразрешение в течение |
|  | 1-2 часов |
|  | 6-24 часов |
|  | 2-4 часов |
|  | 10-15 минут |
|  |  |
| 171 | Показания к досрочному родоразрешению при преэклампсии из нижеперечисленных является |
|  | срок гестации |
|  | возраст беременной |
|  | наличие экстрагенитальной патологии |
|  | неэффективность терапии преэклампсии |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 172 | Наиболее характерными симптомами для преэклампсии является |
|  | отеки |
|  | артериальная гипертензия и протеинурия |
|  | плацентарная недостаточность |
|  | субъективные жалобы, головная боль |
|  |  |
| 173 | У беременной с преэклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика? |
|  | интенсивная терапия и пролонгирование беременности под контролем КТГ, проведение профилактики СДР плода |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | симптоматическая терапия преэклампсии и мониторирование функционального состояния плода |
|  | острый токолиз с целью проведения профилактики СДР плода |
|  |  |
| 174 | Тяжелая преэклампсия требует родоразрешения в период времени |
|  | 1-2 часа |
|  | 6-24 часа |
|  | 2-4 часов |
|  | 10-15 минут |
|  |  |
| 175 | При гестационных отеках |
|  | терапия не показана, показан контроль АД, веса, диуреза и общего анализа мочи 1 раз в 14 дней |
|  | показан контроль АД, веса, диуреза и общего анализа мочи 1 раз в 14 дней, ограничение соли и жидкости |
|  | показана терапия канефроном, нормосолевая и нормоводная диета, контроль АД, веса, диуреза и общего анализа мочи 1 раз в 14 дней |
|  | терапия не показана. Показан контроль АД, веса, диуреза и общего анализа мочи 1 раз в 30 дней |
|  |  |
| 176 | С целью профилактики преэклампсии в группах высокого риска следует назначить |

|  |  |
| --- | --- |
|  | омегу-3 |
|  | ацетилсалициловую кислоту 75-162 мг/сут |
|  | НМГ в терапевтических дозах |
|  | НМГ в профилактических дозах |
|  |  |
| 177 | С целью профилактики преэклампсии в группах низкого риска следует |
|  | назначить НМГ |
|  | профилактики не существует |
|  | препараты кальция |
|  | препараты магния |
|  |  |
| 178 | Профилактика преэклампсии препаратами аспирина проводится в сроки гестации |
|  | с 12 до 36 недель |
|  | с 13 до 34 недель |
|  | с 20 до 36 недель |
|  | с 20 недель до родоразрешения |
|  |  |
| 179 | Согласно клиническим рекомендациям «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия», 2016 года, к группе пациенток с высоким риском развития преэклампсии не относится |
|  | возраст беременной более 40 лет |
|  | пациентки с сахарным диабетом |
|  | пациентки с хронической артериальной гипертензией |
|  | гипертензивные расстройства во время предыдущей беременности |
|  |  |
| 180 | С целью профилактики задержки роста плода не применяют |
|  | актовегин |
|  | отказ от курения |
|  | отказ от алкоголя |
|  | ацетилсалициловую кислоту |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 181 | При ведении беременной с тяжелой преэклампсией основной задачей является |
|  | своевременное родоразрешение |
|  | подготовка шейки матки к родам |
|  | внутривенное введение СЗП |
|  | внутривенное введение крахмала |
|  |  |
| 182 | Расчет дозы низкомолекулярных гепаринов определяют |
|  | по массе тела |
|  | по АЧТВ |
|  | по уровню Д-димера |
|  | по анамнезу |
|  |  |
| 183 | При повышении уровня фибриногена во время беременности следует предполагать |
|  | наличие воспалительного процесса |
|  | развитие анемии |
|  | развитие преэклампсии |
|  | развитие HELLP-cиндрома |
|  |  |
| 184 | При повышении в биохимическом анализе крови беременной уровня АЛТ и АСТ наиболее целесообразно |
|  | назначить прием урсосана |
|  | назначить повторный биохимический анализ крови через 7 дней |
|  | исключить преэклампсию |
|  | назначить повторный биохимический анализ крови через 3 дня |
|  |  |
| 185 | Во время беременности рекомендована |
|  | нормоводная диета с ограничением соли |
|  | нормоводная и нормосолевая диета |
|  | нормосолевая диета с ограничением приема воды |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ограничение соли и жидкости |
|  |  |
| 186 | Болюсное введение сернокислой магнезии в терапии преэклампсии подразумевает введение |
|  | 16 мл в/в в течение 10-15 минут |
|  | 25 мл в/в в течение 15 минут |
|  | с помощью инфузомата со скоростью 4 г/час |
|  | с помощью инфузомата со скоростью 16 мл/час |
|  |  |
| 187 | Антигипертензивные препараты, противопоказанные при грудном вскармливании |
|  | нифедипин |
|  | метилдопа |
|  | урапидил |
|  | ингибиторы АПФ |
|  |  |
| 188 | При развитии эклампсии во втором периоде родов и нахождении головки плода в узкой части полости малого таза необходимо роды закончить путем |
|  | наложения полостных акушерских щипцов |
|  | наложения выходных акушерских щипцов |
|  | вакуум-экстракции плода |
|  | абдоминального родоразрешения - кесарево сечение |
|  |  |
| 189 | Какой оптимальный срок для установления типа плацентации (хориальности) при двойне? |
|  | 11-14 недель |
|  | 15-16 недель |
|  | 20-22 недели |
|  | 28-30 недель |
|  |  |
| 190 | Каковы оптимальные сроки родоразрешения при монохориальной моноамниотической двойне? |
|  | 38 недель |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 28-30 недель |
|  | 36 недель |
|  | 32-34 недели |
|  |  |
| 191 | Каковы оптимальные сроки родоразрешения при монохориальной биамниотической двойне? |
|  | 38-39 недель |
|  | 37 недель |
|  | 36 недель |
|  | 32-34 недели |
|  |  |
| 192 | Каковы оптимальные сроки родоразрешения при бихориальной двойне? |
|  | 38 недель |
|  | 39-40 недель |
|  | 36-37 недель |
|  | 32-34 недели |
|  |  |
| 193 | При многоплодной беременности роды через естественные родовые пути предпочтительны |
|  | при тройне и головном предлежании первого плода |
|  | при моноамниотической двойне и продольном положении обоих плодов |
|  | при БХ двойне, головном предлежании I плода и суммарной массе плодов 5000 - 5500 г |
|  | при бихориальной двойне и тазовом предлежании первого плода |
|  |  |
| 194 | Перинатальный прогноз при многоплодной беременности определяет, прежде всего |
|  | хориальность |
|  | осложнения беременности |
|  | срок гестации при родоразрешении |
|  | акушерский анамнез |
|  |  |
| 195 | При многоплодной беременности роды через естественные родовые пути |

|  |  |
| --- | --- |
|  | предпочтительны |
|  | при тройне и головном предлежании первого плода |
|  | при моноамниотической двойне и продольном положении обоих плодов |
|  | при БХ двойне, головном предлежании I плода и суммарной массе плодов 5000 - 5500 г |
|  | при бихориальной двойне и тазовом предлежании первого плода |
|  |  |
| 196 | Какое из перечисленных осложнений не является специфическим для МХ двойни? |
|  | синдром анемии-полицитемии |
|  | селективная задержка роста плода |
|  | ПОНРП |
|  | синдром фето-фетальной трансфузии |
|  |  |
| 197 | Какова правильная тактика ведения беременности у пациентки с ДХ двойней и внутриутробной гибелью одного из плодов? |
|  | выжидательная, наблюдение за состоянием живого плода, родоразрешение в 37-38 недель |
|  | экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения |
|  | плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения в 39-40 недель |
|  | плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения в 34-35 недель |
|  |  |
| 198 | Какова правильная тактика ведения беременности у пациенток с МХ двойней и внутриутробной гибелью одного из плодов в 33-34 недели? |
|  | выжидательная, наблюдение за состоянием плода, родоразрешение в 37-38 недель |
|  | экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения |
|  | плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения в 39-40 недель |
|  | плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения в 34-35 недель |
|  |  |
| 199 | При бихориальной двойне кесарево сечение показано при |
|  | суммарной массе плодов 5 кг |
|  | отсутствии спонтанной родовой деятельности до 36 недель |
|  | антенатальной гибели одного из плодов |
|  | при тазовом предлежании первого плода |
|  |  |
| 200 | Для бихориальной двойни характерно |
|  | 4 оболочки в перегородке между плодами |
|  | Т-признак на ранних УЗИ |
|  | всегда разнополые |
|  | может сопровождаться синдромом фето-фетальной трансфузии |
| 359 | Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме |
|  | гипертонуса матки |
|  | гематурии |
|  | асимметрии матки |
|  | гипоксия плода |
|  |  |
| 360 | При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо |
|  | провести наружный массаж матки |
|  | ручное отделение плаценты |
|  | выделить послед наружными приемами |
|  | ввести сокращающие матку средства |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 361 | Какова акушерская тактика ведения беременных с прогрессирующей преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и антенатальной гибелью плода? |
|  | родовозбуждение с помощью амниотомии |
|  | родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке |
|  | гемостатическая терапия |
|  | плодоразрушающая операция |
|  |  |
| 362 | Для полного истинного приращения плаценты характерно |
|  | гипотоническое кровотечение |
|  | отсутствие признаков отделения плаценты и кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде |
|  | небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода |
|  | рождение последа с дефектом плацентарной ткани |
|  |  |
| 363 | Тактика врача при выявлении дефекта последа |
|  | ручное отделение плаценты и выделение последа |
|  | введение утеротоников |
|  | контрольное ручное обследование матки |
|  | наружный массаж матки |
|  |  |
| 364 | Маточная артерия является ветвью |
|  | общей подвздошной артерии |
|  | наружной подвздошной артерии |
|  | внутренней подвздошной артерии |
|  | подвздошно-поясничной артерии |
|  |  |
| 365 | Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента располагается |
|  | в теле матки |
|  | в нижнем сегменте матки |
|  | в дне матки |

|  |  |
| --- | --- |
|  | в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев |
|  |  |
| 366 | К наружным методам выделения последа не относится |
|  | метод Абуладзе |
|  | ручное отделение плаценты и выделение последа |
|  | метод Креде-Лазаревича |
|  | метод Гентера |
|  |  |
| 367 | Время свертывания крови по методу Ли-Уайта в норме равно |
|  | 2-4 мин |
|  | 4-7 мин |
|  | 8-10 мин |
|  | 10-12 мин |
|  |  |
| 368 | Показанием к ручному обследованию стенок полости матки служит все, кроме |
|  | разрыв шейки матки I-II степени |
|  | кровотечение в раннем послеродовом периоде |
|  | рубец на матке |
|  | дефект последа |
|  |  |
| 369 | Полный разрыв матки сопровождается всем нижеперечисленным, кроме |
|  | прекращением родовой деятельности |
|  | исчезновением сердцебиения плода |
|  | судорожной родовой деятельностью |
|  | развитием геморрагического шока |
|  |  |
| 370 | Если ПОНРП произошла в первом периоде родов, следует |
|  | родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке |
|  | наложить акушерские щипцы |

|  |  |
| --- | --- |
|  | родоразрешить с помощью вакуум-экстракции |
|  | произвести амниотомию |
|  |  |
| 371 | Первородящая в сроке гестации 38 недель поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При осмотре диагностировано краевое предлежание плаценты и тазовое предлежание плода. Какова акушерская тактика? |
|  | амниотомия и родовозбуждение |
|  | амниотомия и выжидательная тактика |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | кесарево сечение в плановом порядке |
|  |  |
| 372 | При каком уровне гемоглобина показано переливание крови и кровезаменителей? |
|  | < 70 г/л |
|  | < 90 г/л |
|  | при любом снижении уровня гемоглобина, сочетающемся с экстрагенитальной патологией |
|  | при любом снижении уровня гемоглобина и отсутствии эффекта от лечения препаратами железа |
|  |  |
| 373 | Гистерэктомия при кровотечении в послеродовом периоде показана |
|  | при неэффективности хирургического гемостаза |
|  | при наличии миомы матки |
|  | при неэффективности утеротонической терапии |
|  | при неэффективности инфузионной терапии |
|  |  |
| 374 | К хирургическому гемостазу при послеродовом кровотечении относится все, кроме |
|  | перевязки маточной и яичниковой артерии |
|  | перевязки внутренней подвздошной артерии |
|  | наложение швов по В-Линчу |
|  | баллонной тампонады матки |
|  |  |
| 375 | Уровень тромбоцитов при беременности |

|  |  |
| --- | --- |
|  | снижается |
|  | увеличивается |
|  | снижается во 2 и увеличивается в 3 триместре |
|  | не меняется |
|  |  |
| 376 | Профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится |
|  | В первую минуту после рождения плода введение окситоцина 5 ЕД в/в или 10 ЕД в/м |
|  | с момента прорезывания головки введение окситоцина 5 ЕД в/в |
|  | с момента прорезывания плечевого пояса введение окситоцина 10 ЕД в/в |
|  | Рутинно не проводится |
|  |  |
| 377 | Риск послеродового кровотечения |
|  | выше при многоплодной беременности |
|  | ниже при массе плода более 3500 |
|  | повышается при тазовом предлежании |
|  | снижается при кесаревом сечении |
|  |  |
| 378 | Риск разрыва матки при последующей беременности и в родах у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения снижается при следующем разрезе на матке |
|  | поперечном в нижнем сегменте |
|  | Т-образном |
|  | вертикальном истмико-корпоральном |
|  | J-образном |
|  |  |
| 379 | Низкой плацентацией называется состояние, при котором |
|  | нижний край плаценты располагается ниже головки плода |
|  | нижний край плаценты отстоит от внутреннего зева менее, чем на 7 см |
|  | место отхождения пуповины от плаценты ниже места прикрепления пуповины к плоду |
|  | нижний край плаценты достигается при влагалищном исследовании |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 380 | Диагностический критерий угрозы разрыва матки при клиническом несоответствии размеров плода размерам таза |
|  | длительное стояние головки в одной плоскости (более 1 часа) |
|  | появление потуг при высокостоящей головке плода |
|  | выраженная конфигурация головки |
|  | нарушение мочеиспускания |
|  |  |
| 381 | Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора |
|  | амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов |
|  | амниотомия и начать родоактивацию окситоцином |
|  |  |
| 382 | Плотное прикрепление плаценты (Placenta adhaerens) - это |
|  | прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия |
|  | приращение плаценты к мышечному слою |
|  | врастание плаценты в мышечный слой |
|  | прорастание плаценты в мочевой пузырь |
|  |  |
| 383 | При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты, как правило, определяется |
|  | высокое расположение предлежащей части плода и/или неправильное положение плода |
|  | гипертонус матки |
|  | болезненный при пальпации нижнего сегмента |
|  | матка в виде продольного овоида |
|  |  |
| 384 | Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в первом периоде родов |
|  | амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора |
|  | амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов |

|  |  |
| --- | --- |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | амниотомия и начать родоактивацию окситоцином |
|  |  |
| 385 | Что следует сделать в первом периоде родов при частичном предлежании плаценты и наличии кровотечения? |
|  | амниотомию |
|  | томпонада влагалища |
|  | начать утеротоническую терапию |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  |  |
| 386 | В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов с клиникой преждевременной отслойки плаценты и интранатальной гибелью плода. Акушерская тактика? |
|  | экстренное кесарево сечение |
|  | показана амниотомия и родоактивация окситоцином |
|  | выжидательная тактика |
|  | плодоразрушающая операция |
|  |  |
| 387 | При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения в плановом порядке производится |
|  | в сроке беременности 37-38 недель |
|  | с началом родовой деятельности |
|  | в сроке беременности 40 недель |
|  | при появлении кровянистых выделений |
|  |  |
| 388 | Акушерскую тактику при неполном предлежании плаценты, в первую очередь, определяет |
|  | предлежание плода |
|  | период родов |
|  | выраженность кровотечения |
|  | состояние плода |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 389 | Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 15% ОЦК |
|  | кристаллоиды 200% объема кровопотери |
|  | 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП |
|  | кристаллоиды 200% объема кровопотери +500 мл коллоидов |
|  | 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП |
|  |  |
| 390 | В патогенезе геморрагического шока наибольшее значение имеет |
|  | объем кровопотери |
|  | метод родоразрешения |
|  | причина кровопотери |
|  | возраст пациентки |
|  |  |
| 391 | Альтернативой лигирования маточных сосудов при послеродовом кровотечении является |
|  | в/в ведение утеротонических средств (окситоцин, метилэргометрин) |
|  | баллонная тампонада матки |
|  | наложение компрессионных швов |
|  | ангиографическая эмболизацию маточных или внутренних подвздошных артерий |
|  |  |
| 392 | На втором этапе остановки послеродового кровотечения следует выполнить манипуляцию/операцию |
|  | ручное обследование послеродовой матки |
|  | баллонную тампонаду матки, наложение компрессионных швов на матку |
|  | в/в ведение утеротоничсеких средств (окситоцин, метилэргометрин) |
|  | гистерэктомию |
|  |  |
| 393 | На первом этапе остановки послеродового кровотечения следует выполнить манипуляцию/операцию |
|  | ручное обследование послеродовой матки |
|  | баллонную тампонаду матки |
|  | наложение компрессионных швов на матку |

|  |  |
| --- | --- |
|  | эмболизацию маточных артерий |
|  |  |
| 394 | Профилактика послеродового кровотечения не включает |
|  | введение метилэргометрина в момент прорезывания плечевого пояса |
|  | активное ведение III периода родов |
|  | установка катетера большого диаметра (18G) |
|  | введение транексамовой кислоты 15 мг/кг у пациентки с исходными нарушениями гемостаза |
|  |  |
| 395 | Под шоковым индексом понимают отношение |
|  | частоты пульса к величине систолического АД |
|  | частоты пульса к величине диастолического АД |
|  | величины диастолического АД к частоте пульса |
|  | величины систолического АД к частоте пульса |
|  |  |
| 396 | Физиологическая кровопотеря составляет |
|  | до 10% от ОЦК |
|  | до 5% от ОЦК |
|  | от 10 до 30% от ОЦК |
|  | 0,5% от ОЦК |
|  |  |
| 397 | Массивная кровопотеря составляет |
|  | до 10% от ОЦК |
|  | до 5% от ОЦК |
|  | от 10 до 30% от ОЦК |
|  | превышает 30% от ОЦК |
|  |  |
| 398 | Акушерская тактика при ПОНРП заключается, прежде всего, в |
|  | быстром и бережном родоразрешении |
|  | профилактике осложнений |

|  |  |
| --- | --- |
|  | переливании крови |
|  | переливании свежезамороженной плазмы |
|  |  |
| 399 | При прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и антенатальной гибели плода показано |
|  | кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | амниотомия и родовозбуждение окситоцином |
|  | назначение гемостатической терапии |
|  | ведение родов через естественные родовые пути |
|  |  |
| 400 | Клиническая картина при ПОНРП, как правило, обусловлена |
|  | площадью отслоившейся плаценты |
|  | состоянием плода |
|  | наличием экстрагенитальной патологии |
|  | сроком гестации |
|  |  |
| 401 | Клинические признаки ПОРПН включают все, кроме |
|  | гипертонус матки вне и во время схватки |
|  | болевой синдром |
|  | признаки гипоксии плода |
|  | объем наружной кровопотери соответствует тяжести состояния пациентки и степени дистресса плода |
|  |  |
| 402 | В родильный дом поступила беременная с преэклампсией и клиникой преждевременной отслойки плаценты, антенатальной гибелью плода. Срок гестации 32 недели. Акушерская тактика? |
|  | подготовка шейки матки и при наличии условий произвести амниотомию |
|  | начать гипотензивную и гемостатическую терапии в палате интенсивной терапии, подготовку шейки матки |
|  | экстренное кесарево сечение |
|  | плодоразрушающая операция при возникновении условий |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 403 | В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов, с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. В условиях развернутой операционной произведено вагинальное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см. По краю внутреннего зева определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, над входом в малый таз. Кровянистые выделения усилились во время осмотра. Акушерская тактика? |
|  | произвести амниотомию, и в случае прекращения кровянистых выделений, продолжить роды через естественные родовые пути, КТГ-контроль за состоянием плода |
|  | экстренное кесарево сечение |
|  | показана амниотомия и родоактивация окситоцином |
|  | выжидательная тактика |
|  |  |
| 404 | Аномалии прикрепления плаценты - это следствие |
|  | преэклампсии |
|  | плацентарной недостаточности |
|  | структурно-морфологических изменений эндометрия |
|  | переношенной беременности |
|  |  |
| 405 | Причинами врастания плаценты, как правило, являются |
|  | рубец на матке и предлежание плаценты |
|  | преэклампсия |
|  | плацентарная недостаточность |
|  | аномалии развития матки |
|  |  |
| 406 | Placenta accretа - это |
|  | прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия |
|  | приращение плаценты к мышечному слою |
|  | врастание плаценты в мышечный слой |
|  | прорастание плаценты |
|  |  |
| 407 | Для послеродового мастита не характерно |
|  | повышение температуры тела с ознобом |

|  |  |
| --- | --- |
|  | нагрубание молочных желез |
|  | болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе |
|  | свободный отток молока |
|  |  |
| 408 | При лечении послеродового эндометрита не применяют |
|  | антибиотики |
|  | вакуум-аспирацию содержимого полости матки |
|  | инфузионную терапию |
|  | кюретаж |
|  |  |
| 409 | При нормально протекающем послеродовом периоде внутренний зев цервикального канала закрывается к концу |
|  | десятых суток |
|  | вторых суток |
|  | 4-й недели |
|  | 6-8 недели |
|  |  |
| 410 | Продолжительность позднего послеродового периода |
|  | 2-4 часа |
|  | 6-8 недель |
|  | 6-8 дней |
|  | 10 дней |
|  |  |
| 411 | Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит через |
|  | 10-15 дней |
|  | 8-10 недель |
|  | 6-8 недель |
|  | 4-5 недель |
|  |  |
| 412 | Задержка обратного развития матки в послеродовом периоде называется: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | лохиометрой |
|  | субинволюцией |
|  | эндометритом |
|  | гематометрой |
|  |  |
| 413 | Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается |
|  | на 10-е сутки послеродового периода |
|  | к концу 3-й недели послеродового периода |
|  | на 6-8 неделе послеродового периода |
|  | к концу 4-й недели послеродового периода |
|  |  |
| 414 | Ультразвуковое исследования матки в послеродовом периоде проводится на |
|  | на 2-е сутки |
|  | на 5-е сутки |
|  | на 3-е сутки |
|  | не проводится, так как считается неэффективным методом диагностики осложнений |
|  |  |
| 415 | При эндометрите в послеродовом периоде следует |
|  | перед началом антибактериальной терапии целесообразно взять материал из полости матки на бактериологическое исследование |
|  | перед началом антибактериальной терапии следует взять материал из полости матки на микроскопическое исследование |
|  | взять кровь на бактериологическое исследование |
|  | начать антибактериальную терапию без взятия посева из полости матки |
|  |  |
| 416 | Основанием для продолжения антибактериальной терапии в послеродовом периоде является |
|  | ОРВИ |
|  | эндометрит в анамнезе |
|  | лихорадка выше 380С в родах и послеродовом периоде |

|  |  |
| --- | --- |
|  | озноб на фоне ЭДА |
|  |  |
| 417 | При физиологическом течении послеродового периода на 3 -4 сутки характер лохий |
|  | серозные |
|  | слизистые |
|  | кровянистые |
|  | кровянисто-серозные |
|  |  |
| 418 | Абсолютным критерием начала респираторной поддержки при тяжелом сепсисе является |
|  | усталость пациентки, вовлечение вспомогательных дыхательных мышц |
|  | тахипноэ > 20 в мин |
|  | отсутствие самостоятельного дыхания и патологические ритмы дыхания |
|  | гиперкапния |
|  |  |
| 419 | При физиологическом течении послеродового периода на 10-е сутки характер лохий |
|  | серозные |
|  | слизистые |
|  | кровянистые |
|  | кровянисто-серозные |
|  |  |
| 420 | Выделение лохий заканчивается к концу |
|  | 10-х суток |
|  | 3-й недели |
|  | 1-го месяца |
|  | 5-6 недели |
|  |  |
| 421 | Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит |
|  | на 6-8 неделе |
|  | на 14 день |

|  |  |
| --- | --- |
|  | на 4 неделе |
|  | на 10-е сутки |
|  |  |
| 422 | Диагностические критерии послеродового эндометрита все перечисленные, кроме |
|  | тазовой боли и болезненности матки при пальпации |
|  | гнойных выделений из половых путей с неприятным запахом |
|  | субинволюции матки |
|  | артериальной гипотензии |
|  |  |
| 423 | Диагностические критерии подострого эндометрита после родов |
|  | лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов |
|  | температура тела 380°С и выше |
|  | тахикардия > 100 уд/мин |
|  | болезненная матка при пальпации |
|  |  |
| 424 | По клинической картине различают формы эндометрита |
|  | классическая, абортивная, стертая и эндометрит после кесарева сечения |
|  | эндометрит после родов и эндометрит в родах |
|  | классическая и торпидная |
|  | классическая и латентная |
|  |  |
| 425 | Клиника классического эндометрита после родов появляется, как правило |
|  | на первые сутки |
|  | на 5-7 сутки |
|  | на 2-5 сутки |
|  | после 7 дней после родов |
|  |  |
| 426 | Фазы течения перитонита |
|  | реактивная, токсическая, терминальная |

|  |  |
| --- | --- |
|  | реактивная, абортивная, терминальная |
|  | абортивная, стертая, терминальная |
|  | латентная и терминальная |
|  |  |
| 427 | Эффективность антибактериальной терапии при септических состояниях оценивается |
|  | через 12-24 часа |
|  | через 24-48 часов |
|  | в течение 3 -х суток |
|  | в течение 5 суток |
|  |  |
| 428 | Критерии отмены антибиотикотерапии |
|  | санация очага и нормализация температуры в течение 24-48 часов |
|  | нормализация уровня С-реактивного белка |
|  | нормализация температуры в течение 24 часов |
|  | нормализация температуры и параметров клинического анализа крови в течение суток |
|  |  |
| 429 | Главным этапом в лечении сепсиса и септического шока является |
|  | инфузионная терапия для поддержания АД систолического > 65 мм. рт. ст. |
|  | санация очага в течение первых 6-12 часов |
|  | антибактериальная терапия с учетом чувствительности |
|  | адъювантная терапия (ИВЛ, нутритивная поддержка, почечная заместительная терапия) |
|  |  |
| 430 | Инфузионная терапия при сепсисе проводится в объеме |
|  | 100 мл/кг |
|  | 30 мл/кг |
|  | 150 мл/кг |
|  | 4000-5000 мл/сутки |
|  |  |
| 431 | Вазопрессором первой линии в терапии сепсиса и септического шока является |

|  |  |
| --- | --- |
|  | норадреналин |
|  | адреналин |
|  | мезатон |
|  | допамин |
|  |  |
| 432 | Эмпирическая антибактериальная терапия при сепсисе проводится |
|  | в течение 3 -5 суток до получения результатов чувствительности возбудителя к антибиотикам |
|  | в течение всего периода лечения |
|  | в течение 7-10 суток |
|  | не более 48 часов |
|  |  |
| 433 | При отсутствии стабилизации гемодинамики на фоне инфузионной терапии в объеме 30 мл/кг и применения вазопрессоров и инотропных препаратов необходимо |
|  | подключить кортикостероидные препараты на время введения вазопрессоров |
|  | сменить вазопрессор |
|  | увеличить объем инфузионной терапии кристаллоидами |
|  | к инфузионной терапии добавить свежезамороженную плазму |
|  |  |
| 434 | Показанием для трансфузии свежезамороженной плазмы при сепсисе является |
|  | кровотечение и/или инвазивные процедуры на фоне коагулопатии |
|  | для увеличения объема инфузионной терапии |
|  | для коррекции гипопротеинемии |
|  | с целью профилактики коагулопатии |
|  |  |
| 435 | Биохимический анализ крови после родоразрешения путем операции кесарева сечения показан на какие сутки? |
|  | на 5-е сутки |
|  | на 4-е сутки |
|  | по показаниям |

|  |  |
| --- | --- |
|  | на 9-10 сутки |
|  |  |
| 436 | Клинический анализ крови и общий анализ мочи после родоразрешения путем операции кесарева сечения показаны на какие сутки? |
|  | на 5-е сутки |
|  | на 4-е сутки |
|  | на 2-3-е сутки |
|  | на 9-10 сутки |
|  |  |
| 437 | Ультразвуковое исследование органов малого таза после родоразрешения через естественные родовые пути с помощью акушерской операции/пособия показано на какие сутки? |
|  | на 5-е сутки |
|  | на 3-и сутки |
|  | на 2-е сутки |
|  | на 9-10 сутки |
|  |  |
| 438 | Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов |
|  | 2 суток |
|  | 3 суток |
|  | 4 суток |
|  | 5 суток |
|  |  |
| 439 | В какие сроки в родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди? |
|  | первые 5 минут |
|  | первые 15 минут |
|  | первые сутки |
|  | не позднее 1,5-2 часов |
|  |  |
| 440 | Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является |

|  |  |
| --- | --- |
|  | корпоральное кесарево сечение |
|  | экстраперитониальное кесарево сечение |
|  | кесарево сечение в нижнем сегменте матки |
|  | истмико-корпоральное кесарево сечение |
|  |  |
| 441 | Акушерские щипцы являются инструментом |
|  | влекущим |
|  | ротационным |
|  | компрессионным |
|  | тракционным |
|  |  |
| 442 | При доношенной беременности и наличии поперечного положения плода показано |
|  | плановое кесарево сечение |
|  | проведение операции классического комбинированного поворота плода на ножку с последующей экстракцией плода за ножку |
|  | наружный профилактический попорот плода в 36-37 недель |
|  | кесарево сечение с началом родовой деятельности |
|  |  |
| 443 | К условиям наложения акушерских щипцов из нижеперечисленного не относится |
|  | живой плод |
|  | отсутствие плодного пузыря |
|  | нахождение головки плода в узкой части полости малого таза или в плоскости выхода |
|  | нахождение головки плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз |
|  |  |
| 444 | Показанием для наложения акушерских щипцов из нижеперечисленных является |
|  | первичная слабость родовых сил |
|  | начавшийся разрыв матки |
|  | клинически узкий таз |
|  | дистресс плода |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 445 | Не являются инструментом для плодоразрушающих операций |
|  | краниокласт Брауна |
|  | щипцы Симпсона-Феноменова |
|  | ножницы Феноменова |
|  | перфоратор Бло |
|  |  |
| 446 | Плановая операция кесарево сечение должно проводиться |
|  | после 38 недель беременности |
|  | строго до 37 недель беременности |
|  | после 37 недель беременности |
|  | после 39 недель беременности |
|  |  |
| 447 | Методы анестезии при операции кесарева сечения |
|  | эндотрахельаный наркоз |
|  | общая анестезия и нейроаксиальная анестезия |
|  | только эпидуральная |
|  | только спинальная |
|  |  |
| 448 | Лидирующее место инфекционных осложнений при операции кесарева сечения занимают |
|  | раневая инфекция и эндометрит |
|  | перитонит |
|  | тромбофлебит |
|  | несостоятельность швов на матке |
|  |  |
| 449 | Направления тракций при влагалищном оперативном родоразрешении при заднем виде затылочного предлежания и головке, находящейся в плоскости выхода малого таза |
|  | вниз и несколько кзади до формирования первой точки фиксации, затем кпереди до формирования второй точки фиксации на головке и кзади |
|  | кзади до формирования точки фиксации на головке, вниз и кпереди |
|  | кпереди, вниз и кади |
|  | кзади, головка заканчивает внутренний поворот, затем вниз до формирования точки фиксации, затем кпереди - головка разгибается |
|  | только вниз и кпереди |
|  |  |
| 450 | Направление тракций при родоразрешении с помощью выходных акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания |
|  | только кпереди, совершая разгибание головки |
|  | вниз, кпереди, затем кзади |
|  | только кзади, совершая сгибание головки |
|  | только вниз |
|  |  |
|  |  |
| 1 | Гинекология |
| 1 | Проба Шиллера - это воздействие на эпителий влагалища и шейки матки |
|  | 3% водным раствором Люголя |
|  | последовательной обработки ее 3-5% водным раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя |
|  | 3-5% водным раствором уксусной кислоты |
|  | последовательной обработки 3% водным раствором Люголя и 3-5% водным раствором уксусной кислоты |
|  |  |
| 2 | Сколько типов зоны трансформации при кольпоскопии выделяют, согласно последней кольпоскопической классификации (Рио-де-Жанейро, 2011 г.)? |
|  | 4 |
|  | 2 |
|  | 5 |
|  | 3 |
|  |  |
| 3 | Рекомендуется придерживаться следующего подхода к цервикальному скринингу |
|  | возраст 25 - 60 лет, 25-35 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, 35-60 лет - цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 3 года |
|  | возраст 21 - 69 лет, 21-29 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в 3 года, 30-69 лет - цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 5 лет |
|  | возраст 21 - 69 лет, 21-29 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, ВПЧ при получении патологических результатов цитологического исследования |
|  | возраст 25 - 60 лет, 25-35 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, ВПЧ по показаниям |
|  |  |
| 4 | При наличии лейкоплакии шейки матки у пациентки с воспалительным типом мазка первым этапом лечения является |
|  | устранение сопутствующего воспалительного процесса по общепринятым в клинической практике схемам |

|  |  |
| --- | --- |
|  | следует применять средства, которые влияют на тканевой обмен (облепиховое масло, масло шиповника, мазь, содержащая алоэ и др.) |
|  | необходимо проведение деструктивных методов лечения |
|  | кольпоскопия+ВПЧ тестирование |
|  |  |
| 5 | После проведения вакцинации необходимость в регулярных гинекологических осмотрах |
|  | не изменяется |
|  | регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 10 лет после вакцинации |
|  | регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 5 лет после вакцинации |
|  | частота регулярных гинекологических осмотров рекомендуется 1 раз в 5 лет |
|  |  |
| 6 | В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" проведение цитологического исследования мазка шейки матки и цервикального канала рекомендуется с частотой |
|  | 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет |
|  | 1 раз в 2 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет |
|  | 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 25 года до 70 лет |
|  | 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 20 года до 60 лет |
|  |  |
| 7 | В качестве инструмента для получения материала для жидкостной цитологии может быть использован |
|  | комбинированная цитощетка с эндоцервикальным компонентом |
|  | шпатель Эйра |
|  | кюретажная ложечка |
|  | все варианты верны |
|  |  |
| 8 | Лейкоплакия шейки матки без атипии |
|  | относится к доброкачественным поражениям шейки матки и при отрицательном ВПЧ не озлакачествляется |

|  |  |
| --- | --- |
|  | не требует динамического наблюдения |
|  | не требует обследования на ВПЧ |
|  | относится к доброкачественным поражениям шейки матки и не озлакачествляется |
|  |  |
| 9 | Первичная профилактика рака шейки матки включат |
|  | вакцинопрофилактику от ВПЧ |
|  | регулярные медицинские осмотры |
|  | цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки |
|  | ВПЧ тестирование |
|  |  |
| 10 | Вторичная профилактика рака шейки матки включат |
|  | вакцинопрофилактику от ВПЧ |
|  | регулярные медицинские осмотры |
|  | цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки+ ВПЧ тестирование |
|  | своевременное лечение предраковых заболеваний шейки матки |
|  |  |
| 11 | Основным критерием для постановки диагноза рак шейки матки служит |
|  | гистологическое исследование материала, полученного при биопсии шейки матки |
|  | характерные изменения, выявленные при кольпоскопии |
|  | результат цитологического исследования соскобов с шейки матки + ВПЧ тестирование |
|  | данные анамнеза и жалоб, а также данные визуального осмотра |
|  |  |
| 12 | Противопоказание для проведения биопсии шейки матки являются |
|  | воспалительные заболевания шейки матки, ИППП |
|  | беременность |
|  | выраженные изменения при кольпоскопии |
|  | хронические экстрагенитальные заболевания |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13 | При выявлении аногенитальных бородавок на коже вне зоны вульвы и промежности необходима консультация |
|  | дерматолога |
|  | онколога |
|  | проктолога |
|  | уролога |
|  |  |
| 14 | Наиболее распространенным гистологическим вариантом рака шейки матки является |
|  | мелкоклеточный рак |
|  | плоскоклеточный рак |
|  | светлоклеточная аденокарцинома |
|  | железисто-плоскоклеточный рак |
|  |  |
| 15 | Гистологически к легким интраэпителиальным повреждениям шейки матки относится |
|  | дисплазия шейки матки лёгкой степени |
|  | лейкоплакия шейки матки |
|  | тяжелая дисплазия шейки матки |
|  | преинвазивный рак шейки матки |
|  |  |
| 16 | Манчестерская операция |
|  | сочетание ампутации удлиненной шейки матки с передней кольпоррафией и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки |
|  | сочетание ампутации удлиненной шейки матки с передней кольпоррафией |
|  | передняя кольпоррафия и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки и кольпоперинеопластикой |
|  | ампутации удлиненной шейки матки |
|  |  |
| 17 | К фоновым заболеваниям шейки матки относится |
|  | цервикальная интраэпителиальная неоплазия |

|  |  |
| --- | --- |
|  | лейкоплакия шейки матки |
|  | рак шейки матки in situ |
|  | микрокарцинома шейки матки |
|  |  |
| 18 | Противопоказанием для проведения пробы Шиллера является |
|  | рак шейки матки |
|  | беременность |
|  | индивидуальная непереносимость йода |
|  | кормление грудью |
|  |  |
| 19 | К фоновым заболеваниям шейки матки относится |
|  | эктопия шейки матки |
|  | цервикальная интраэпителиальная неоплазия тяжелой степени |
|  | цервикальная интраэпителиальная неоплазия умеренной степени |
|  | Наботовы кисты шейки матки |
|  |  |
| 20 | Вирус папилломы человека наиболее тропен к |
|  | многослойному плоскому эпителию |
|  | к цилиндрическому эпителию |
|  | к железистому эпителию |
|  | к структурам соединительной ткани |
|  |  |
| 21 | Материал, полученный при биопсии шейки матки, подлежит |
|  | Гистологическому исследованию |
|  | Цитологическому исследованию |
|  | Бактериоскопическому исследованию |
|  | Бактриологическому исследованию |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 22 | Что является транспортной средой для материала, подлежащего гистологическому исследованию? |
|  | формалин |
|  | физ. раствор |
|  | раствор глюкозы |
|  | дистиллированная вода |
|  |  |
| 23 | Какой термин отражает предраковые изменения эпителия шейки матки? |
|  | метаплазия |
|  | гиперкератоз |
|  | дисплазия |
|  | койлоцитоз |
|  |  |
| 24 | Дисплазия шейки матки характеризуется |
|  | нарушением дифференцировки клеток эпителия |
|  | развитием активной метаплазии |
|  | наличием паракератоза |
|  | является доброкачественным процессом |
|  |  |
| 25 | Что является специфической профилактикой рака шейки матки? |
|  | большое количество родов в анамнезе |
|  | вакцинация от ВПЧ высоко онкогенных типов до начала половой жизни |
|  | отказ от раннего начала половой жизни |
|  | применение КОК |
|  |  |
| 26 | Какой объем операции не показан пациентке в постменопаузе с диагнозом «рак шейки матки in situ»? |
|  | конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала |

|  |  |
| --- | --- |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | высокая ампутация шейки матки |
|  | расширенная экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией |
|  |  |
| 27 | Какой объем операции считается оптимальным при раке шейки матки стадии 1a без лимфаваскулярной инвазии в репродуктивном периоде? |
|  | конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала |
|  | экстирпация матки без придатков |
|  | расширенная экстирпация матки с придатками |
|  | надвлагалищная ампутация матки |
|  |  |
| 28 | Какие симптомы характерны для начального рака шейки матки? |
|  | контактные кровяные выделения из половых путей |
|  | пенистые выделения из половых путей |
|  | интенсивные боли внизу живота |
|  | гнойные выделения из половых путей |
|  |  |
| 29 | Тактика ведения при выявлении HSIL без признаков инвазивного рака шейки матки в сроке беременности 20 недель |
|  | немедленная прицельная биопсия под контролем кольпоскопии |
|  | контроль онкоцитологии 1 раз в триместр, инвазивные вмешательства через 6-8 недель после родов |
|  | ВПЧ тестирование |
|  | конизация шейки матки во время беременности |
|  |  |
| 30 | Тактика ведения пациентки при выявлении подозрения на инвазивный рак шейки матки в сроке беременности 20 недель |
|  | прицельная биопсия шейки матки под контролем кольпоскопии |
|  | контроль онкоцитологии через 1 раз в триместр |

|  |  |
| --- | --- |
|  | конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала |
|  | прерывание беременности по медицинским показаниям без морфологической верификации диагноза |
|  |  |
| 31 | Когда целесообразно выполнять конизацию шейки матки при выявлении HSIL в сроке беременности 20 недель? |
|  | немедленно при первичном выявлении |
|  | через 2 недель после родов |
|  | Через 6-8 недель после родов |
|  | в сроке доношенной беременности |
|  |  |
| 32 | Для постановки диагноза рака шейки матки необходимо |
|  | результатов бимануального исследования |
|  | результатов МРТ органов малого таза |
|  | морфологическое исследования биоптата шейки матки |
|  | наличие характерной кольпоскопической картины |
|  |  |
| 33 | Тактика ведения пациентки 19 лет с LSIL по результатам онкоцитологии |
|  | немедленная прицельная биопсия шейки матки без ВПЧ тестирования |
|  | ВПЧ тестирование, контроль мазка на онкоцитологию через 6-12 месяцев |
|  | конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала |
|  | раздельное диагностическое выскабливание матки с биопсией шейки матки |
|  |  |
| 34 | Что не является физиологическими изменениями кольпоскопической картины при беременности? |
|  | усиление васкуляризации |
|  | смещение переходной зоны эпителия к влагалищной части с формированием децидуоза |
|  | гипертрофия эпителия |
|  | грубая мозаика и папиллярная пунктуация |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 35 | К фоновым заболеваниям шейки матки относится все, кроме |
|  | лейкоплакия |
|  | дисплазия |
|  | цервицит |
|  | экстропион |
|  |  |
| 36 | У больной 30 лет выявлена тяжелая дисплазия по результатам онкоцитологии, при кольпоскопии выявлен участок йоднегативной зоны, тактика ведения включает |
|  | криодиструкцию |
|  | конизацию шейки матки с выскабливанием цервикального канала с гистологическим исследованием |
|  | наблюдение, контроль онкоцитологии через 3 месяца |
|  | фотодинамическая терапия |
|  |  |
| 37 | Для постановки диагноза предрака шейки матки основным методом исследования является |
|  | цитологическое исследование |
|  | гистологическое исследование биоптата шейки матки |
|  | расширенная кольпоскопия |
|  | осмотр шейки матки в зеркалах |
|  |  |
| 38 | К предраку шейки матки относится |
|  | рак in situ |
|  | дисплазия |
|  | эндоцервикоз |
|  | эктропион |
|  |  |
| 39 | Рак шейки матки чаще локализуется |
|  | в зоне трансформации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | в средней трети цервикального канала |
|  | в верхней трети цервикального канала |
|  | на влагалищной порции шейки матки |
|  |  |
| 40 | У пациентки 26 лет выполнена прицельная биопсия шейки матки, гистологическое заключение - рак шейки матки in situ, тактика включает |
|  | конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | криодиструкция |
|  | лучевая терапия |
|  |  |
| 41 | Пациентке 32 года, беременность 19 недель, по данным онкоцитологии выявлены клетки плоскоклеточного рака, при осмотре нельзя исключить инвазивный рак шейки матки. Тактика включает |
|  | прерывание беременности с последующим обследованием шейки матки |
|  | биопсия шейки матки во время беременности |
|  | наблюдение, биопсия шейки матки после окончания беременности |
|  | криодеструкция шейки матки во время беременности |
|  |  |
| 42 | В лечении микроинвазивного рака шейки матки чаще используется |
|  | лучевая терапия |
|  | хирургический метод лечения |
|  | лекарственный метод лечения |
|  | фотодинамическая терапия |
|  |  |
| 43 | Для уточнения степени распространенности процесса при раке шейки матки наиболее информативным является |
|  | осмотр шейки матки в зеркалах |
|  | МРТ органов малого таза с контрастированием |

|  |  |
| --- | --- |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | расширенная кольпоскопия |
|  |  |
| 44 | У пациентки 37 лет в сроке беременности 25 недель выполнена биопсия шейки матки, гистологическое исследование - инвазивный рак шейки матки. Какой метод обследования для уточнения степени распространенности опухолевого процесса противопоказан? |
|  | УЗИ органов малого таза с допплеровским картированием |
|  | МРТ органов малого таза без контрастирования |
|  | МРТ органов малого таза с контрастированием |
|  | бимануальное исследование |
|  |  |
| 45 | При каких условиях МРТ органов малого таза во время беременности не противопоказано, верно все кроме |
|  | возможно со 2 триместра гестации |
|  | должно выполняться без использования контраста |
|  | возможно в 3 триместре беременности |
|  | возможно начиная с 1 триместра гестации |
|  |  |
| 46 | При каком условии возможно выполнение МРТ органов малого таза? |
|  | в любом от срока гестации |
|  | в любом сроке, начиная со 2 триместра гестации |
|  | в 1 триместре гестации |
|  | противопоказано в 3 триместре гестации |
|  |  |
| 47 | Через какое время после родоразрешения целесообразно выполнение конизации шейки матки и выскабливания цервикального канала, если во время беременности был выявлен HSIL? |
|  | через 1 год |
|  | через 6-8 недель |
|  | через 2 недели |

|  |  |
| --- | --- |
|  | через 6 месяцев |
|  |  |
| 48 | У нерожавшей пациентки 18 лет выявлена эктопия шейки матки, цитологическая картина без патологии, тактика включает |
|  | прицельную биопсию шейки матки |
|  | криодиструкцию |
|  | наблюдение |
|  | конизацию шейки матки |
|  |  |
| 49 | К цитологическим признакам предрака шейки матки относится |
|  | плоскоклеточная метаплазия |
|  | паракератоз |
|  | койлоцитоз |
|  | дисплазия |
|  |  |
| 50 | Какие факторы при заборе материала могут привести к снижению информативности цитологического исследования, верно все, кроме |
|  | забор материала во время менструации |
|  | забор материала после вагинального осмотра |
|  | ранее чем через 48 часов после использования тампонов |
|  | в середина менструального цикла |
|  |  |
| 51 | К кольпоскопическим признакам инвазивного рака шейки матки относится все, кроме |
|  | атипичные сосуды |
|  | наличие изъязвлений |
|  | эктопия эпителия |
|  | экзофитное поражение |
|  |  |
| 52 | К аномальной цитологической картине относится все, кроме |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ацетобелый эпителий |
|  | децидуоз |
|  | пунктуация |
|  | мозаика |
|  |  |
| 53 | Показанием для незамедлительного выполнения прицельной биопсии шейки матки является |
|  | LSIL по результатам онкоцитологии у пациентки 25 лет при нормальной цитологической картине и отрицательном ВПЧ тестировании |
|  | эктопия шейки матки без инфицирования ВПЧ |
|  | HSIL по результатам онкоцитологии вне зависимости от кольпоскопической картины |
|  | LSIL по результатам онкоцитологии в постменопаузе на фоне атрофии слизистой без инфицирования ВПЧ |
|  |  |
| 54 | Когда забор мазка на онкоцитологию нецелесообразен в связи с большой вероятностью искажения результатов, верно все, кроме |
|  | острого кольпита |
|  | менструации |
|  | после влагалищного исследования |
|  | беременности |
|  |  |
| 55 | О чем может свидетельствовать наличие атипичных сосудов по результатам кольпоскопии? |
|  | хронический воспалительный процесс |
|  | наличие инвазивного рака шейки маки |
|  | атрофия слизистой |
|  | этап плоскоклеточной метаплазии |
|  |  |
| 56 | Какие существуют противопоказания для проведения фотодинамической терапии? Верно все, кроме |

|  |  |
| --- | --- |
|  | острые воспалительные заболевания женских половых органов |
|  | беременность |
|  | непереносимость фотосенсибилизатора |
|  | персистенция ВПЧ высоко онкогенных типов |
|  |  |
| 57 | К предраку тела матки относится |
|  | гиперплазия эндометрия с атипией |
|  | фиброзно-железистый полип эндометрия |
|  | кистозная гиперплазия эндометрия |
|  | аденокарцинома эндометрия |
|  |  |
| 58 | К факторам риска развития рака тела матки не относится |
|  | метаболический синдром |
|  | раннее менархе |
|  | прием КОК |
|  | поздняя менопауза |
|  |  |
| 59 | Тактика ведения пациентки с атипической гиперплазией эндометрия в репродуктивном периоде с нереализованной репродуктивной функцией |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | гормональная терапия под контролем онкогинеколога |
|  | надвлагалищная ампутация матки |
|  | аблация эндометрия |
|  |  |
| 60 | В перечень обязательных обследований при подозрении на рак тела матки не входит |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | мазок на онкоцитологию |
|  | раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии |

|  |  |
| --- | --- |
|  | расширенная кольпоскопия |
|  |  |
| 61 | Какая лечебная тактика показана при атипической гиперплазии эндометрия в постменопаузе? |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | надвлагалищная ампутация матки без придатков |
|  | гормональная терапия |
|  | наблюдение, контрольная гистероскопия через 6 месяцев |
|  |  |
| 62 | Прием каких препаратов повышает риск развития рака тела матки? |
|  | тамоксифен |
|  | анастразол |
|  | КОК |
|  | гестагены |
|  |  |
| 63 | Какой эффект оказывает прием КОК в отношении риска развития рака тела матки? |
|  | снижает риск развития рака тела матки |
|  | повышают риск развития рака тела матки |
|  | не оказывают влияния на риск развития рака тела матки |
|  | приводят к отсроченному повышенному риску рака тела матки через 10 лет после окончания приема |
|  |  |
| 64 | К факторам риска рака тела матки относится |
|  | абсолютная или относительная гиперэстрогения |
|  | позднее менархе |
|  | большое количество родов в анамнезе |
|  | эстрогенная недостаточность |
|  |  |
| 65 | Какие группы лимфоузлов поражаются в первую очередь при лимфогенной диссеминации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | рака тела матки? |
|  | паховые |
|  | общие и наружные подвздошные |
|  | надключичные |
|  | подключичтные |
|  |  |
| 66 | Какая лечебная тактика показана при выявлении рака тела матки с инвазией в миометрий в пременопаузальном периоде? |
|  | электрохирургическая аблация эндометрия |
|  | гормональная терапия |
|  | тотальная гистерэктомия |
|  | надвлагалищная ампутация матки без придатков |
|  |  |
| 67 | В каком случае не показано удаление большого сальника при оперативном лечении по поводу рака тела матки? |
|  | переход опухоли на шейку матки |
|  | серозный компонент в структуре опухоли эндометрия |
|  | подозрение на метастазы в яичник |
|  | наличие не верифицированных объемных образований в яичниках |
|  |  |
| 68 | В каком случае показано выполнение тазовой лимфаденэктомии при оперативном лечении по поводу рака тела матки? |
|  | высокодифференцированная аденокарцинома без инвазии в миометрий |
|  | низкодифференцированная аденокарцинома по морфологическому исследованию опухоли |
|  | инвазия на 1/2 миометрия (высокодифференцированная аденокарцинома) |
|  | высокодифференцированная аденокарцинома в полипе эндометрия |
|  |  |
| 69 | Какое утверждение верно в отношении рака тела матки? |
|  | риск рака тела матки повышается в условиях гиперэктрогении |

|  |  |
| --- | --- |
|  | риск рака тела матки повышается с увеличением количества родов |
|  | риск рака тела матки повышается при недостаточности эстрогенов |
|  | рак тела матки не входит в группу заболеваний «семейного рака» |
|  |  |
| 70 | Что из нижеперечисленного не повышает риск развития рака эндометрия? |
|  | прием «Тамоксифен» |
|  | назначение эстрогенов без прогестеронов |
|  | прием КОК |
|  | наличие гормонопродуцирующей опухоли яичников |
|  |  |
| 71 | Какой метод не применяется в лечении атипической гиперплазии эндометрия? |
|  | хирургический в объеме тотальной гистерэктомии |
|  | аблация эндометрия |
|  | гормональная терапия |
|  | лучевая терапия |
|  |  |
| 72 | Какой гистологический вариант полипа эндометрия относится к предраку тела матки? |
|  | фиброзный |
|  | фиброзно-железистый |
|  | аденоматозный |
|  | железистый |
|  |  |
| 73 | Пациентке 68 лет, без тяжелой соматической патологии, установлен диагноз рака тела матки 2 стадии (стадия T2N0M0G1). Какой объем операции показан? |
|  | расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия |
|  | простая тотальная гистрэктомия без придатков |
|  | надвлагалищная ампутация матки с придатками |
|  | экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 74 | Какие симптомы возникают при развитии рака тела матки на ранней стадии? Верно все, кроме |
|  | менометроррагии в репродуктивном периоде |
|  | кровотечение в постменопаузе |
|  | повышение температуры тела |
|  | пиометра в постменопаузе |
|  |  |
| 75 | От чего не зависит прогноз течения заболевания при раке тела матки? |
|  | глубины инвазии опухоли в миометрий |
|  | возраста больной |
|  | степени дифференцировки клеток опухоли |
|  | исходного соматического статуса |
|  |  |
| 76 | Как часто необходимо наблюдать пациентку, перенесшую специальное противоопухолевое лечение по поводу рак тела матки в течение первых 3 лет? |
|  | каждые 3 месяца |
|  | каждые полгода |
|  | ежегодно |
|  | ежемесячно |
|  |  |
| 77 | Какие методы обследования не входят в первую линию диагностики при подозрении на рак тела матки? |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | аспирационная биопсия эндометрия |
|  | гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки |
|  | ПЭТ КТ |
|  |  |
| 78 | К факторам риска развития атипической гиперплазии эндометрия не относится |

|  |  |
| --- | --- |
|  | нарушение менструального цикла по типу ановуляций |
|  | поздняя менопауза (после 52 лет) |
|  | бесплодие |
|  | травматичные роды в анамнезе |
|  |  |
| 79 | Какой метод наиболее информативен для оценки глубины инвазии опухоли при раке тела матки? |
|  | бимануальное исследование |
|  | МРТ малого таза с контрастированием |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | гистероскопия |
|  |  |
| 80 | Какой объем оперативного вмешательства не допустим к выполнению при раке тела матки? |
|  | тотальная гистерэктомия |
|  | надвлагалищная ампутация матки |
|  | расширенная экстирпация матки с придатками |
|  | экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника |
|  |  |
| 81 | К доброкачественным опухолям матки относится все, кроме |
|  | фибромиома |
|  | аденомиоз |
|  | карциносаркома |
|  | фиброзный полип эндометрия |
|  |  |
| 82 | Наиболее информативным методом диагностики рака тела матки является |
|  | бимануальное исследование |
|  | УЗИ органов малого таза |

|  |  |
| --- | --- |
|  | морфологическое исследование биоптата эндометрия |
|  | МРТ органов малого таза |
|  |  |
| 83 | К какой группе опухолей относится лейомиосаркома? |
|  | злокачественная эпителиальная опухоль |
|  | герминогеная опухоль |
|  | злокачественная неэпителиальная опухоль |
|  | опухоль стромы полового тяжа |
|  |  |
| 84 | Какие признаки подозрительны в отношении саркомы матки? Верно все, кроме |
|  | множественные узлы в миометрии |
|  | рост миомы более 4 недель в год |
|  | рост миомы в постменопаузе |
|  | признаки активной пролиферации по данным МРТ (активное накопление контраста) |
|  |  |
| 85 | Какая тактика показана пациентке в пременопаузе с быстрорастущей миомой матки? |
|  | наблюдение |
|  | хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками |
|  | гормональная терапия |
|  | миомэктомия |
|  |  |
| 86 | Какой объем хирургического вмешательства показан пациентке в возрасте 50 лет с подозрением на саркому матки? |
|  | эмболизация маточных артерий |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | миомэктомия |
|  | надвлагалищная ампутация матки |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 87 | При подозрении на саркому матки необходимо следующее обследование, верно все, кроме |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием |
|  | МРТ органов малого таза с контрастом |
|  | прицельная биопсия шейки матки |
|  |  |
| 88 | Какой вариант лечения показан при подозрении на саркому матки в постменопаузе? |
|  | лапароскопическая миомэктомия |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | надвлагалищная ампутация матки без придатков |
|  | гормональная терапия |
|  |  |
| 89 | Какой объем операции показан при лейомиосаркоме? |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия |
|  | экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника |
|  | надвлагалищная ампутация матки |
|  |  |
| 90 | С каким диагнозом следует дифференцировать быстрорастущую миому матки? |
|  | саркома матки |
|  | аденомиоз |
|  | рак тела матки |
|  | беременность |
|  |  |
| 91 | Какая тактика лечения показана пациентке 52 лет с растущей миомой матки более 4 недель в год? |
|  | наблюдение, контрольное УЗИ через 1 год |
|  | хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками |

|  |  |
| --- | --- |
|  | гормональная терапия |
|  | эмболизация маточных артерий |
|  |  |
| 92 | Развитие пиометры в постменопаузе чаще всего обусловлено |
|  | злокачественной опухолью эндометрия |
|  | заболеваниями, передающимися половым путем |
|  | хроническим эндометритом |
|  | бактериальным вагинозом |
|  |  |
| 93 | Какие заболевания предрасполагают к развитию рака тела матки? Верно все, кроме |
|  | бесплодие |
|  | синдром поликистозных яичников |
|  | внематочная беременность |
|  | ожирение |
|  |  |
| 94 | Какие заболевания увеличивают риск развития рака тела матки? Верно все, кроме |
|  | сахарный диабет |
|  | гипертоническая болезнь |
|  | ожирение |
|  | бронхиальная астма |
|  |  |
| 95 | В случае морфологической верификации рака тела матки начальной стадии у пациентки в постменопаузе показано |
|  | эмболизация маточных артерий |
|  | экстирпация матки с придатками |
|  | химиотерапия |
|  | экстирпация матки без придатков |
|  |  |
| 96 | У пациентки 50 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по |

|  |  |
| --- | --- |
|  | поводу патологии эндометрия. Гистологическое заключение - атипическая гиперплазия эндометрия. Из сопутствующих заболеваний - миома матки 10 недель. Оптимальной тактикой ведения является |
|  | оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками |
|  | аблация эндометрия |
|  | гормональная терапия с применением ВМС «Мирена» |
|  | наблюдение |
|  |  |
| 97 | У пациентки 64 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по поводу полипа эндометрия. Гистологическое заключение - высокодифференцированная аденокарцинома в полипе. Тактика ведения |
|  | наблюдение |
|  | оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками |
|  | лучевая терапия |
|  | гормональная терапия гестагенами |
|  |  |
| 98 | Для уточнения распространенности опухолевого процесса при раке тела матки наиболее информативным обследованием является |
|  | осмотр в зеркалах |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием |
|  | гистероскопия |
|  |  |
| 99 | При каком расположении саркоматочного узла болевой синдром и интенсивность кровотечения будут более выражены |
|  | интрамуральном |
|  | субмукозном |
|  | субсерозном |
|  | перешеечном |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 100 | К признакам злокачественной опухоли вульвы относится все, кроме |
|  | длительно незаживающая язва на наружных половых органах |
|  | инфильтрация окружающих тканей вокруг новообразования |
|  | атрофия эпителия |
|  | кровоточащее при контакте с поверхности образование |
|  |  |
| 101 | Склерозирующий лишай вульвы это |
|  | предрак вульвы |
|  | фоновое доброкачественное заболевание вульвы |
|  | естественный процесс атрофии эпителия |
|  | инфекционное заболевание вульвы |
|  |  |
| 102 | Ведущими симптомами рака влагалища являются все перечисленное, кроме |
|  | дизурия |
|  | кровотечение из половых путей |
|  | нарушение дефекации |
|  | боли в эпигастрии |
|  |  |
| 103 | К предраку вульвы относится |
|  | лейкоплакия вульвы без дисплазии |
|  | крауроз вульвы без дисплазии |
|  | дисплазия вульвы |
|  | кандиломы вульвы |
|  |  |
| 104 | У пациентки 70 лет с жалобами на зуд и мелкие изъязвления в области больших половых губ по данным онкоцитологии получен результат - крауроз с атипией клеток плоского эпителия. Ваша тактика? |
|  | биопсия вульвы |

|  |  |
| --- | --- |
|  | консервативная терапия без биопсии |
|  | лучевая терапия |
|  | фотодинамическая терапия без биопсии |
|  |  |
| 105 | К злокачественным заболеваниям вульвы относится все, кроме |
|  | аденокарцинома вульвы |
|  | болезнь Педжета |
|  | мелонома вульвы |
|  | склерозирующий лишай |
|  |  |
| 106 | К фоновым заболеваниям вульвы относится все, кроме |
|  | невус |
|  | кандилома |
|  | меланома |
|  | крауроз без атипии |
|  |  |
| 107 | Окончательный диагноз рака вульвы ставится на основании |
|  | вульвоскопии |
|  | морфологического исследования биоптата опухоли вульвы |
|  | цитологического исследования |
|  | данных визуального осмотра |
|  |  |
| 108 | К неэпителиальным злокачественным опухолям вульвы относится |
|  | саркома |
|  | плоскоклеточный рак |
|  | аденокарцинома |
|  | невус |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 109 | Трофобластическая болезнь - это |
|  | заболевание, развивающееся из аллотрансплантантов, патогенетически ассоциированное с беременностью |
|  | злокачественная герминогення опухоль ячиника |
|  | злокачественная эпителиальная опухоль миометрия |
|  | доброкачественная опухоль стромы полового тяжа |
|  |  |
| 110 | К доброкачественной форме трофобластической болезни относится |
|  | простой пузырный занос |
|  | хорионкарцинома |
|  | инвазивный пузырный занос |
|  | эпителиоидная трофобластическая опухоль |
|  |  |
| 111 | Наиболее доброкачественным течением отличается следующий вариант трофобластической болезни |
|  | частичный пузырный занос |
|  | полный пузырный занос |
|  | инвазивный пузырный занос |
|  | хорионкарцинома |
|  |  |
| 112 | Какой показатель наиболее информативен в диагностике трофобластической болезни? |
|  | СА 125 |
|  | ХГЧ |
|  | НЕ4 |
|  | щелочная фосфатаза |
|  |  |
| 113 | Какие признаки указывают на развитие пузырного заноса? Верно все, кроме |
|  | размер матки больше предполагаемого срока беременности |

|  |  |
| --- | --- |
|  | высокие цифры Р-субъединицы ХГЧ |
|  | кровяные выделения из половых путей |
|  | размер матки меньше предполагаемого срока беременности |
|  |  |
| 114 | Какой вариант трофобластической опухоли не обладает инвазивным характером роста и не метастазирует? |
|  | простой пузырный занос |
|  | хорионкарцинома |
|  | эпителиоидная трофобластическая опухоль |
|  | опухоль плацентарного ложа |
|  |  |
| 115 | К признакам озлокачествления пузырного заноса относится все, кроме |
|  | длительная положительная реакция ХГЧ |
|  | длительные кровяные выделения после эвакуации пузырного заноса |
|  | сохранение или возникновение текалютеиновых кист после эвакуации пузырного заноса |
|  | полная инволюция матки после эвакуации пузырного заноса |
|  |  |
| 116 | К неблагоприятным факторам прогноза при пузырном заносе относится |
|  | быстрое снижение уровня ХГЧ после эвакуации пузырного заноса |
|  | сохранение высокого уровня ХГЧ после эвакуации пузырного заноса |
|  | сохранение незначительного увеличения матки после эвакуации пузырного заноса |
|  | исчезновение текалютеиновых кист после эвакуации пузырного заноса |
|  | отсутствие длительных кровяных выделений из половых путей |
|  |  |
| 117 | К какому виду опухоли относится хорионкарцинома? |
|  | злокачественная эпителиальная опухоль миометрия |
|  | злокачественная трофоблатсическая опухоль, ассоциированная с беременностью |
|  | доброкачественная герминогенная опухоль |

|  |  |
| --- | --- |
|  | опухоль стромы полового тяжа |
|  |  |
| 118 | Наиболее разнообразными по гистотипу опухолями являются |
|  | опухоли тела матки |
|  | опухоли яичников |
|  | опухоли вульвы |
|  | опухоль шейки матки |
|  |  |
| 119 | Что не характерно для доброкачественной опухоли яичников? |
|  | дифференцировка клеток не нарушена |
|  | не обладает способностью к метастазированию |
|  | в клетках присутствуют признаки атипии |
|  | встречается в любом возрасте |
|  |  |
| 120 | Наиболее информативным видом обследований при подозрении на опухоль яичника является |
|  | бимануальное исследование |
|  | УЗИ органов малого таза |
|  | МРТ органов малого таза |
|  | анализа на онкомаркер СА 125 |
|  |  |
| 121 | К клинико-морфологическим признакам злокачественности опухоли яичника является все, кроме |
|  | папиллярная форма роста опухоли |
|  | метастазирование |
|  | прорастание капсулы |
|  | большие размеры опухоли |
|  |  |
| 122 | При выявлении опухоли яичника кистозно-солидного строения до 5 см в диаметре в 26 лет |

|  |  |
| --- | --- |
|  | показано |
|  | оперативное лечение в объеме резекции яичника со срочным гистологическим исследованием интраоперационно |
|  | наблюдение, контроль УЗИ через 3 месяца |
|  | проведение гормональной терапии с контролем УЗИ через 6 месяцев |
|  | оперативное лечение в объеме аднексэктомии с пораженной стороны, окончательную тактику ведения определить после планового гистологического исследования |
|  |  |
| 123 | К факторам риска развития рака яичников относится все, кроме |
|  | нарушение функции яичников |
|  | работа на предприятии с профессиональными вредностями |
|  | мутации в генах BRCA1, BRCA1 |
|  | инфицирование ВПЧ |
|  |  |
| 124 | К доброкачественным опухолям яичников относится |
|  | серозная аденокарцинома |
|  | цистаденофиброма |
|  | незрелая тератома |
|  | гранулезоклеточная опухоль |
|  |  |

**Образец экзаменационного билета**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Кафедра Акушерства и гинекологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.01 Акушерство и гинекология**

**Дисциплина: Акушерство и гинекология**

**Курс обучения: Первый**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

* + - * 1. **НАБОР ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

**1.** Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с пороками сердца. Неотложная помощь при острой недостаточности кровообращения (отёке легких) у беременных.

**2.** Лечебно-эвакуационная тактика врача при преэклампсии и эклампсии.

**III. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

**Задача**

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 часа. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки потужного характера через 3 мин. по 35-40 с. Размеры таза 25-28-31-20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева, полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим.

Ваша тактика?

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующая кафедрой  акушерства и гинекологии  д.м.н., профессор | О.Д. Константинова |
|  |  |
| Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  к.м.н., доцент | И.В. Ткаченко |

**Образец экзаменационного билета**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Кафедра Акушерства и гинекологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.01 Акушерство и гинекология**

**Дисциплина: Акушерство и гинекология**

**Курс обучения: Второй**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. **НАБОР ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

**1.** Предменструальный синдром: основные причины, клиника, диагностика, лечение.

**2.** Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Роль женской консультации в профилактике рака шейки матки.

**III. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

**Задача**

Больная П., 34 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. У гинеколога наблюдалась нерегулярно, последний раз была 3 года назад. При бимануальном исследовании: матки увеличена до 14 недель беременности с множеством узлов по передней стенке, разного диаметра. Придатки пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые. Дальнейшая оптимальная лечебная тактика.

|  |  |
| --- | --- |
| Заведующая кафедрой  акушерства и гинекологии  д.м.н., профессор | О.Д. Константинова |
|  |  |
| Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации  к.м.н., доцент | И.В. Ткаченко |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ПК1**  Оказание медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара | **ПК1.1**  Способен к проведению медицинского обследования, назначению, проведению лечения в плановой и экстренной форме и контролю эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара | **ЗНАТЬ**  Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению  Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"  Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"  Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи.  МКБ  Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями.  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовом периоде .  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику неотложных состояний у новорожденных  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики гинекологических заболеваний, у пациентов с бесплодием, и заболеваниями молочных желез.  Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению  Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями  Основные программы медицинской реабилитации, показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий  Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период  Принципы оказания реанимационной помощи новорожденному  Методы лечения гинекологических заболеваний  Методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии  Методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез  Способы искусственного прерывания беременности  Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических  Технику проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  Медицинские показания для направления и к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза  пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов  Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез | Тесты 1-450  Вопросы 1-130 |
| **Уметь**  -Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания,  -Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез,  -Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей)  - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и медицинских обследований  - Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований , а также интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований  - Обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями -Обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования  -Выполнять инструментальные обследования пациентов  -Обеспечивать безопасность инструментальных обследований  -Проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ  Устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  -Оценивать тяжесть состояния пациентов , разрабатывать план лечения, назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию, оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи,  -Выполнять и обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, пациентам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.  --Разрабатывать план послеоперационного ведения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  -Корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам  -Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие у пациентов в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии  -Определять медицинские показания, а также для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи  - Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения  -Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  **ВЛАДЕТЬ** − Навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)  − Навыком интерпретации информации, полученной от пациентов (их законных представителей) в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез − -Навыком осмотра и медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные обследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком выполнения и обеспечения безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком интерпретации результатов осмотра и медицинского обследования, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком направления пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний − Навыком обеспечения оптимального выбора принципов подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями  − Навыком установления диагноза пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)  − Навыком дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  − Навыком определения медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и диффузными изменениями молочных желез | Задачи №1-80  Задачи №15-21  Практические  навыки № 1-50 |
|  |
| **ПК1.2**  Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара | **ЗНАТЬ**  Основы здорового образа жизни, методы его формирования  Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления табака и алкоголя, борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ  Принципы организации и проведения школ для пациентов в период беременности, в послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями  Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения  Принципы диспансерного наблюдения, в том числе в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, в соответствии нормативными правовыми актами  Порядок организации медицинских осмотров, проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения  Современные методы профилактики абортов, современные методы контрацепции  Методы скрининга онкологических заболеваний в гинекологии и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека (ВПЧ) | Тестирование  Тесты 126-322  Вопросы 1-130 |
| **УМЕТЬ**  Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни среди женщин, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями органов женской репродуктивной системы, включая мероприятия по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Проводить консультирование пациентов в период беременности и родов, направленное на предупреждение развития акушерских осложнений, пациентов в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, направленное на предупреждение развития рецидивов и осложнений заболеваний  Проводить диспансеризацию среди женщин  Проводить диспансерное наблюдение пациентов, в том числе в период беременности и в послеродовой период, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  Заполнять и направлять экстренное извещение о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении инфекционного заболевания  Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)  Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции  **Владеть** − Навыком оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком разработки плана лечения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком назначения, оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком назначения лечебного питания пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком назначения и выполнения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком разработки плана послеоперационного ведения пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии  − Навыком определения медицинских показаний для направления и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачамспециалистам при наличии показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком определения медицинских показаний и направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком оказания медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи | Задачи №44-50  Практические навыки с 10-42 |
| **ПК2**  Оказание медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях | **ПК2.1**  Способен к проведению медицинского обследования, назначению, проведению лечения в плановой и экстренной форме и контролю эффективности медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях. | **Знать**  Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению  Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"  Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"  Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи.  МКБ  Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями.  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовом периоде .  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику неотложных состояний у новорожденных  Этиологию, патогенез, современную классификацию, факторы риска, клиническую симптоматику, методы диагностики гинекологических заболеваний, у пациентов с бесплодием, и заболеваниями молочных желез.  Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению  Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями  Основные программы медицинской реабилитации, показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий  Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период  Принципы оказания реанимационной помощи новорожденному  Методы лечения гинекологических заболеваний  Методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии  Методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез  Способы искусственного прерывания беременности  Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических  Технику проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Принципы обеспечения безопасности медицинских вмешательств, в том числе хирургических, принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  Медицинские показания для направления и к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза  пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов  Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  **Уметь**  Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания,  -Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез,  -Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей)  - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и медицинских обследований  - Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований , а также интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований  - Обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями -Обосновывать, планировать объем и назначать инструментальные обследования  -Выполнять инструментальные обследования пациентов  -Обеспечивать безопасность инструментальных обследований  -Проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ  Устанавливать диагноз в соответствии с МКБ пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  -Оценивать тяжесть состояния пациентов , разрабатывать план лечения, назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию, оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи,  -Выполнять и обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, пациентам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.  --Разрабатывать план послеоперационного ведения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  -Корректировать лечение при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам  -Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие у пациентов в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии  -Определять медицинские показания, а также для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи  - Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения  -Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  **Владеть**  − Навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболеваний пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)  − Навыком интерпретации информации, полученной от пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез (их законных представителей)  − Навыком осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком формулирования предварительного диагноза и составления плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком выполнения и обеспечения безопасности диагностических манипуляций пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком интерпретации результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком установления диагноза пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с МКБ  − Навыком проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез − Навыком проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  − Навыком определения медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез | Тесты 48-108  Вопросы 1-130  Задачи 1-50  Практические навыки 5-25 |
| **ПК2.2**  Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях | **Знать**  Основы здорового образа жизни, методы его формирования  Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления табака и алкоголя, борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ  Принципы организации и проведения школ для пациентов в период беременности, в послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями  Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения  Принципы диспансерного наблюдения, в том числе в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, в соответствии нормативными правовыми актами  Порядок организации медицинских осмотров, проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения  Современные методы профилактики абортов, современные методы контрацепции  Методы скрининга онкологических заболеваний в гинекологии и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека (ВПЧ)  **Уметь**  Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни среди женщин, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями органов женской репродуктивной системы, включая мероприятия по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез  Проводить консультирование пациентов в период беременности и родов, направленное на предупреждение развития акушерских осложнений, пациентов в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, направленное на предупреждение развития рецидивов и осложнений заболеваний  Проводить диспансеризацию среди женщин  Проводить диспансерное наблюдение пациентов, в том числе в период беременности и в послеродовой период, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  Заполнять и направлять экстренное извещение о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении инфекционного заболевания  Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина)  Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции  **Владеть** − Навыком оценки тяжести состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком разработки плана лечения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком назначения, оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком назначения лечебного питания пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи − Навыком назначения и выполнения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком обеспечения безопасности лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком коррекции лечения при наличии медицинских показаний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком разработки плана послеоперационного ведения пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  − Навыком определения медицинских показаний для направления и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачамспециалистам, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи  − Навыком определения медицинских показаний и направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи − Навыком оказания медицинской помощи пациентам в неотложной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи | Тестирование  №150-250  Вопросы 1-130  Задачи №6-14.  Практические навыки 10-30 |
|  | **Инд.ПК2.3**. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях | **Знать** Основные программы медицинской реабилитации, показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий  - Порядок организации медицинской реабилитации и  порядок организации санаторно-курортного лечения  эффективность  медицинской  реабилитации  пациентов в период  беременности, в  послеродовой период,  после прерывания  беременности, с  гинекологическими  заболеваниями и  доброкачественными  диффузными  изменениями  молочных желез в  стационарных  условиях  - Методы медицинской реабилитации пациентов в период  беременности, в послеродовой период, после прерывания  беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  - Медицинские показания и медицинские  противопоказания к проведению мероприятий по реабилитации,  санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности,  в послеродовой период, после прерывания беременности, с  гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  диффузными изменениями молочных желез  - Механизм воздействия реабилитационных мероприятий,  санаторно-курортного лечения на организм пациентов в период  беременности, в послеродовой период, после прерывания  беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  - Медицинские показания и медицинские  противопоказания для направления пациентов в период  беременности, в послеродовой период, после прерывания  беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий  медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения  - Основные программы медицинской реабилитации  пациентов в период беременности, в послеродовой период, после  прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  - Способы предотвращения или устранения осложнений,  побочных действий, нежелательных реакций, в том числе  серьезных и непредвиденных, возникших в результате проведения  мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период беременности, в  послеродовой период, после прерывания беременности, с  гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  диффузными изменениями молочных желез | Тестирование 70(1)-142(2)  Вопросы 1-130  Решение задач 42-50  Задачи №42-50  Практические навыки22-28  Задачи №42-50  Практические навыки22-28  Тесты 35-58  Задачи №10-18  Практические навыки 5-10 |
| **Уметь -** Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения  - Разрабатывать план мероприятий по медицинской  реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой  период, после прерывания беременности, с гинекологическими  заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями  молочных желез в соответствии с порядком организации  медицинской реабилитации  - Определять медицинские показания и медицинские  противопоказания для проведения мероприятий по медицинской  реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в период  беременности, в послеродовой период, после прерывания  беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  в соответствии с порядком организации медицинской  реабилитации и порядком организации санаторно-курортного  лечения  - Проводить мероприятия медицинской реабилитации  пациентов в период беременности, в послеродовой период, после  прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  в соответствии с порядком организации медицинской  реабилитации  - Определять медицинские показания для направления  пациентов в период беременности, в послеродовой период, после  прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий  по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в  соответствии с порядком организации медицинской реабилитации  и порядком организации санаторно-курортного лечения  -Оценивать эффективность и безопасность мероприятий  медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в  послеродовой период, после прерывания беременности, с  гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  диффузными изменениями молочных желез |
| **Владеть**  - Навыком разработки плана мероприятий по медицинской  реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой  период, после прерывания беременности, с гинекологическими  заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями  молочных желез в соответствии с порядком организации  медицинской реабилитации  - Навыком определения медицинских показаний и  медицинских противопоказаний для проведения мероприятий по  медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения  пациентов в период беременности, в послеродовой период, после  прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  в соответствии с порядком организации медицинской  реабилитации и порядком организации санаторно-курортного  лечения  - Навыком направления пациентов в период беременности,  в послеродовой период, после прерывания беременности, с  гинекологическими заболеваниями и доброкачественными  диффузными изменениями молочных желез к врачам специалистам для назначения и проведения мероприятий по  медицинской реабилитации, санаторно-курортноголечения в  соответствии с порядком организации медицинской реабилитации  - Навыком проведения мероприятий по медицинской  реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой  период, после прерывания беременности, с гинекологическими  заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями  молочных желез в соответствии с порядком организации  медицинской реабилитации  -Навыком оценки эффективности и безопасности  проведения мероприятий по медицинской реабилитации  пациентов в период беременности, в послеродовой период, после  прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и  доброкачественными диффузными изменениями молочных желез  в соответствии с порядком организации медицинской  реабилитации и порядком организации санаторно-курортного  лечения |
| **Инд.ПК2.4.** Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях | **Знать** Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков нетрудоспособности Порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы Медицинские показания для направления |
| **Уметь** Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями |
| **Владеть** методикой определения медицинских показаний у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы |
| УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | ИД-1.1 Критически и системно анализирует, определяет возможность примененить достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | **Знать** основы доказательной медицины, современные научные концепции клинической патологии, принципы диагностики, профилактики и терапии заболеваний.  **Уметь** получать новую информацию о заболеваниях; определять необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рент генологических, функциональных, инструментальных, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты.  **Владеть** самостоятельно ставит предварительный диагноз при типичном течении заболеваний, проводи дифференциальный диагноз; оценивает причину и тяжесть состояния больного и принимает необходимые меры для выведения больного из этого с стояния; обосновывает схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению различных методов лечения. клинического анализа получаемой информации; использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в неонатологии; диагностики и подбора адекватной терапии. | Тесты  с 1 по 450  Вопросы 1-130  Решение задач  №1-20  Навыки с 23-50  Решение задач  №1-20 |
| **ОПК-4**  Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | **ИД-4.1опк**  ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями | **Знать** Основы онкологической настороженности в целях  профилактики и ранней диагностики злокачественных  новообразований у женщин  Физиологию, уровни регуляции, патологию  репродуктивной функции женщины  Физиологию и патологию беременности, родов и  послеродового периода, группы риска. | Тестирование  1-250  Вопросы 1-130 |
| **Уметь** Получить информацию о течении настоящей  беременности, а также течении и исходах предыдущих  беременностей и родов  Точно прогнозировать исходы беременности и родов | Решение задач 3-20 |
| **Владеть** Методами сбора и оценки анамнеза и особенностей  течения беременности  Оценкой противопоказаний к сохранению беременности  Методами выявления факторов риска развития патологии  во время беременности, проведение профилактики осложнений | Решение задач  3-20 |
|  | **ИД-4.2опк**  Определяет показания для проведения лабораторного обследования пациентов, интерпретирует полученные данные | **Знать** Вспомогательные репродуктивные технологии  Физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию  нарушений;  Медицинские показания и противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики новорожденных и недоношенных детей | Тестирование  25-350  Вопросы 1-130 |
| **Уметь** Диагностировать осложнения беременности (угроза  прерывания беременности, угроза преждевременных родов,  плацентарная недостаточность, преэклампсия и др.) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. | Решение задач 25-50 |
|  |  | **Владеть** Методами выявления факторов риска развития патологии  во время беременности, проведение профилактики осложнений и нтерпретацией результатов лабораторных исследований | .решение задач 25-50 |
| **ОПК-5**  Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | **ИД- 5.1опк**  Составляет план комплексного лечения | **Знать**  Акушерство и гинекологию; − Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте. − Адаптационные возможности организма при старении. − Показания к госпитализации беременных и гинекологических больных.  Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) и стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи | Тестирование  1-124  Вопросы 1-130 |
| **Уметь**  Разрабатывать план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи | Решение задач №25-80 |
| **Владеть** Составляет план лечения беременным и гинекологическим больным в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; | Решение задач  №25-80 |
|  | **ИД- 5.2опк**  Назначает комплексное лечение | **Знать** Принципы, медикаментозные и немедикаментозные методы лечения беременным и гинекологическим больным с заболеваниями и патологическими состояниями. | Тестирование  С 100 по 420  Вопросы 1-130 |
| **Уметь** Определить необходимые лекарственные препараты, немедикаментозные методы лечения, специализированные медицинские изделия беременным и гинекологическим больным в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. | Задачи №50-80 |
| **Владеть** Знаниями по назначению терапии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. | Задачи№5--80 |
| ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов | **ОПК-6.1** Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях | **Знать** Основные программы медицинской реабилитации, показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий | Тестирование с 300-350  Вопросы1- 130  Решение задач 45-55  Решение задач 45-55  Тестирование  300-350  Решение задач 45-55  Решение задач 45-55 |
| **Уметь** Разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения пациентов в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения |
| **Владеет** Методикой подбора индивидуальной реабилитации и реабилитирует пациентов акушерско-гинекологического профиля при различных патологических состояниях. |
| **ОПК-6.2** Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях | **Знать** Критерии оценки эффективности методов реабилитации и реабилитации женского населения |
| **Уметь** Проводить оценку эффективности методов реабилитации и реабилитацию женского населения |
| **Владеть** методами реабилитации и оценки эффективности, применяемых методов реабилитации |
| ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу | **Инд.ОПК7.1**. Проводит медицинскую экспертизу | **Знать** Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков нетрудоспособности Порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы Медицинские показания для направления | Тестирование  С 450-480  вопросы № 1-48  Задачи № 1-80  практические задания № 1-15  Тестирование  С 123-450  вопросы № 1-55  Задача №45-50  практические задания № 1-15 |
| **Уметь** Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого снижения трудоспособности пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями |
| **Владеть** навыками Оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы Определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы |
| **Инд.ОПК7.2.** Направляет пациентов на медицинскую экспертизу | **Знать**  Порядок оформления медицинской документации пациентам для проведения медико-социальной экспертизы Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации |
| **Уметь** Определить показания для направления пациента на МСЭ |
| **Владеть** Оформлять медицинскую документацию пациентам для проведения медико-социальной экспертизы Определять медицинские показания у пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы |
| ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | **Инд.ОПК8.1**. Проводит работу по профилактике заболеваний и (или) состояний, по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | **Знать** Основы здорового образа жизни, методы его формирования Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни. | Тестирование 1-450  Вопросы 1-130  Задачи 1-80  Практические задания 1-5  Тестирование  1-124  Вопросы 25-55  Решение задач 55-75  Практические навыки 1-10 |
| **Уметь** Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни среди женщин, по профилактике гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры. |
| **Владеть** методикой проведения просветительной работы по информированию и обучению по вопросам профилактики заболеваний женского населения |
| **Инд.ОПК8.2**. Контролирует и оценивает эффективность профилактической работы с населением | **Знать** Принципы организации и проведения школ для пациентов в период беременности, в послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения |
| **Уметь** Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями органов женской репродуктивной системы, включая мероприятия по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез. |
| **Владеть** методикой Оценки эффективности проводимых профилактических медицинских мероприятия по охране здоровья женского населения. |
| **ОПК-9** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | **Инд.ОПК9.1**. Анализирует динамику заболеваемости, смертности и инвалидности населения | **Знать** Показатели медицинской статистики, правила расчета по профилю "акушерство и гинекология" | Тестирование  120-450  Вопросы 45-55  Решение задач 34-72  Решение задач 34-72  Тестирование  №150-250  Задачи №6-14  Практические  навыки  Решение задач 25-65  Тестирование 1-124  Вопросы 1-130  Решение задач 1-80  Решение задач 1-80 |
| **Уметь** Рассчитать основные медико-статистические показатели работы по профилю "акушерство и гинекология" |
| **Владеть** Проводит анализ медико-статистических показателей заболеваемости женского населения, материнской смертности, охват женского населения основными методами контрацепциии пр. |
| **Инд.ОПК9.2**. Ведет медицинскую документацию | **Знать** Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "акушерство и гинекология"; Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет". |
| **Уметь** Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения. |
| **Владеть** Составляет план работы и отчета о своей работе; Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронногодокумента |
| **Инд.ОПК9.3**. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | **Знать** Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю " акушерство и гинекология" |
| **Уметь** Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом |
| **Владеть** Контролем выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом |
| ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях,  требующих срочного медицинского вмешательства | **Инд.ОПК10.1**. Выявляет клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме | **Знать**  Клиническую картину и диагностику состояний у пациентов "акушерско-гинекологического профиля", требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме  **Уметь**  Диагностировать и проводить поддержание и восстановление жизненно важных функций организма при угрожающих жизни состояниях у пациенток в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.  -Диагностировать осложнения беременности (угроза  прерывания беременности, угроза преждевременных родов,  плацентарная недостаточность, преэклампсия и др.).  - Определить степень "зрелости шейки матки" и готовность  организма к родам. Своевременно определить показания к  операции кесарева сечения. Уметь оценить противопоказания.  - Определить показания и условия для проведения  операций, исправляющих положение плода (наружный  профилактический поворот, комбинированный наружновнутренний поворот плода на ножку) при косом и поперечном  положении.  - Провести все мероприятия по остановке кровотечения во  время беременности и в родах (самопроизвольный выкидыш,  шеечно-перешеечная беременность, предлежание плаценты,  приращение плаценты, преждевременная отслойка плаценты,  гипотоническое и коагулопатическое кровотечение, разрывы  матки и родовых путей) и в послеродовом периоде.  -Провести дифференциальную диагностику коматозных состояний (гипо- и гипергликемическое, экламптическое и  постэкламптическое, аорто-кавальная компрессия беременной  маткой и др.).  - Обосновать тактику ведения родов при  экстрагенитальных заболеваниях, установить медицинские  показания к прерыванию беременности.  - Определить аномалии родовой деятельности (слабость,  дискоординация, быстрые и стремительные роды). Осуществить  регуляцию родовой деятельности.  - Выполнить реанимационные мероприятия при асфиксии и  родовой травме новорожденного.  - Оценить течение последового и послеродового периодов,  выявить и предупредить осложнения.  **Владеть** Оказанием медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); Применением лекарственных препаратов.  − Навыком определения "зрелости" шейки матки и готовности организма к родам. − Амниотомией (вскрытие плодного пузыря), эпизио-, перинеотомией (разрез промежности). − Навыком ведения физиологических и патологических родов. − Навыком ведения родов в тазовом предлежнии (по Цовьянову I при чисто-ягодичном предлежании, по Цовьянову II при ножном предлежании, классическое ручное пособие, пособие по Морисо-Левре-Ляшапель). − Оперативными методами родоразрешения. − Навыком контрольного ручного обследования стенок послеродовой матки, ручного отделения плаценты и выделения 7 последа. − Навыком осмотра родовых путей после родов при помощи зеркал. − Навыком восстановления разрывов мягких родовых путей. − Навыком зашивания разрывов промежности 1 и 2 степени, эпизио-, перинеоррафия. − Навыком проведения инфузионно-трансфузионной терапии. − Навыком интерпретации показателей системы гемостаза и проведение коррекции выявленных нарушений. − Навыком проведения медикаментозной профилактики акушерских кровотечений. − Навыком оценки степени тяжести преэклампсии, эффективности проведения терапии, состояния плода и фетоплацентарной системы, показания к досрочному родоразрешению, методы родоразрешения | Тестирование 1-450  Вопросы 1-130  Решение задач 1-80  Практические навыки1-50 |
| **Инд.ОПК10.2.** Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **Знать** Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации  **Уметь**  -Применять лекарственные препараты и медицинские  изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме  - Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме  пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни  пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно  важных функций)  - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме  **Владеть** - Навыком применения лекарственных препаратов и  медицинских изделий при оказании медицинской помощи в  экстренной форме  - Навыком оказания медицинской помощи в экстренной  форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни  пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно  важных функций организма человека (кровообращения и (или)дыхания)  - Навыком распознавания состояний, представляющих  угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти  (остановка жизненно важных функций организма человека  (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания  медицинской помощи в экстренной форме  - Навыком оценки состояния пациентов, требующего  оказания медицинской помощи в экстренной форме | Тесты 1-450  Вопросы1-130  Задачи №1-80  Практическое задание 25-40 |