

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация врач-акушер-гинеколог

Кафедра: акушерства и гинекологии ФДПО

Форма обучения очная

Нижний Новгород  
2023

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Акушерство и гинекология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Акушерство и гинекология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Акушерство и гинекология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3,	Текущий	Раздел 1. «Экстрагенитальные заболевания и беременность»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования

УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14.		Раздел 2. «Методы обследования в акушерстве»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 3. «Патология беременности»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 4. «Физиология и патология родов»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 5. «Оперативное акушерство»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 6. «Физиология и патология послеродового периода»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 7. «Перинатальная охрана плода»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 8. Физиология репродуктивной системы, гинекологическая эндокринология	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 9 Воспалительные заболевания женских половых органов	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 10. «Доброкачественные опухоли женских половых органов»	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 11. Онкогинекология	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
Промежуточный	Разделы дисциплины	Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат	

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1 Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: вопросов для собеседования и ситуационных задач

Перечень вопросов для собеседования для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14.

##### Раздел 1. Экстрагенитальные заболевания и беременность

1. Болезни сердечно-сосудистой системы и беременность
2. Гипертоническая болезнь и беременность
3. Сахарный диабет и беременность
4. Заболевания почек и беременность
5. Анемия беременных

## 6. Заболевания печени и беременность

**Раздел 2. «Методы обследования в акушерстве»**

1. Кардиотокография - показания, правила проведения исследования
2. Кардиотокография во время беременности
3. Интерпретация КТГ в родах
4. Ультразвуковое исследование во время беременности
5. Методы пренатальной диагностики
6. Врожденные пороки развития. Возможности пренатальной диагностики

**Раздел 3. Патология беременности**

1. Гипертензивные расстройства при беременности. Преэклампсия.
2. Выкидыш. Обследование, подготовка к беременности
3. Привычное невынашивание беременности.
4. Преждевременные роды. Диагностика, тактика ведения, профилактика
5. Индукция родов
6. Резус несовместимость при беременности
7. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
8. Вращение плаценты
9. Многоплодная беременность

**Раздел 4. Физиология и патология родов**

1. Ведение родов в затылочном предлежании.
2. Ведение родов в тазовом предлежании
3. Анатомически и клинически узкий таз
4. Аномалии родовой деятельности
5. Кровотечения в родах. Причины. Диагностика, лечение
6. Эмболия околоплодными водами
7. Разрывы матки
8. Родовой травматизм - разрывы вульвы, влагалища, шейки матки
9. Дистоция плечиков

**Раздел 5. Оперативное акушерство**

1. Кесарево сечение. Показания, условия, техника выполнения
2. Медикаментозное прерывание беременности в ранних и поздних сроках
3. Акушерские щипцы, показания, условия, техника
4. Вакуум-экстракция, показания, условия, техника
5. Плодоразрушающие операции, показания, условия, техника.
6. Дистоция плечиков

**Раздел 6. Физиология и патология послеродового периода**

1. Физиологическое течение послеродового периода
2. Послеродовой эндометрит. Клиника, диагностика, лечение.
3. Перитонит акушерский. Клиника, диагностика, лечение
4. Сепсис в акушерстве
5. Мастит. Клиника, диагностика, лечение.

**Раздел 7. Перинатальная охрана плода**

1. ЗРП, методы диагностики, тактика, лечение
2. Внутриутробное инфицирование плода

**Раздел 8. Физиология репродуктивной системы, гинекологическая эндокринология**

1. Менструальный цикл и его регуляция
2. Нейроэндокринные гинекологические синдромы
3. Гиперпролактинемия
4. Аномальные маточные кровотечения
5. Преждевременная недостаточность яичников
6. Климактерический синдром. Менопаузальная гормональная терапия

7. Альтернативные методы лечения климактерического синдрома
8. Генитоуринарный синдром
9. Синдром поликистозных яичников
10. Бесплодный брак
11. Современные методы контрацепции
12. Врожденная дисфункция коры надпочечников

#### **Раздел 9. Воспалительные заболевания женских половых органов**

1. Воспалительные заболевания женских половых органов
2. Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*
3. Урогенитальный трихомониаз
4. Аногенитальная вирусная герпетическая инфекция
5. Аногенитальные (венерические) бородавки
6. Хламидийная инфекция
7. Гонококковая инфекция
8. ВПЧ инфекция в гинекологии
9. Болезни бартолиновой железы
10. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища, вульвы

#### **Раздел 10. Доброкачественные опухоли женских половых органов**

1. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки
2. Гиперпластические процессы эндометрия
3. Эндометриозная болезнь
4. Миома матки, клиника, диагностика, консервативное лечение
5. Миома матки, клиника, диагностика, показания для хирургического лечения
6. Доброкачественные опухоли яичников
7. Трофобластическая болезнь
8. Полипы эндометрия

#### **Раздел 11. Онкогинекология**

1. Рак шейки матки
2. Рак тела матки
3. Злокачественные опухоли яичников

4.1.2 Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14.

1 Пациентка 23 лет находится в родовом отделении. Беременность первая, доношенная, протекала без осложнений. ИМТ при постановке на учет 23. Прибавка веса за беременность 13 кг. ВДМ 40 см, ОЖ 102 см. Размеры таза 25-28-31-19 см. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд в мин. АД 120/80 мм рт ст. Схватки через 2,5 мин по 60 сек. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 в мин. Более часа назад при влагалищном исследовании установлено полное открытие шейки матки.

Проведено влагалищное исследование: передняя губа шейки матки отечная, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. В схватку поступательные движения головки отсутствуют. Моча выведена катетером, застойная. Катетер введен с трудом. При наружном осмотре симптом Вастена положительный.

Диагноз. Обоснование. Тактика.

2. Беременная П., 18 лет, поступила в роддом 15 марта в 8 ч 10 мин на машине скорой помощи, в экстренном порядке.

Жалобы на резкие боли внизу живота и слабость в течение последнего часа. Из анамнеза.

Менструации с 13 лет, по 5 дней, через 30 дней, регулярные, умеренные, половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация 12-17 июля беременность первая, вне брака, с 30-недельного срока получала стационарное лечение в отделении патологии беременности по поводу преэклампсии. Две недели назад самовольно ушла из стационара, не наблюдалась. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, отеки голеней. Вес 75 кг, рост 155 см. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильной АД 90/50 и 90/50 мм рт. ст., Ps 120 в мин.

Живот увеличен в объеме за счет беременной матки ОЖ 82 см, ВДМ 36 см. Матка овальной формы, плотная, не расслабляется. Положение плода продольное. Предлежащая часть плода не определяется из-за гипертонуса матки, сердцебиение приглушено, ритмичное 170 уд/мин.

Влагалищное исследование: шейка матки сформирована, длиной 3 см, цервикальный канал пропускает один палец, предлежащая часть плода - плотная, округлая над входом в малый таз. Плодный пузырь цел. Выделения из половых путей кровянистые, продолжаются.

Диагноз. Обоснование. Дополнительные методы исследования? Тактика.

3. Беременная О, 35 лет, доставлена 30 июня в 19 часов в роддом машиной скорой помощи, в экстренном порядке

Жалобы на кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли внизу живота и пояснице.

Из анамнеза. Менструальная функция без особенностей, последняя менструация 27-30 сентября, настоящая беременность пятая. Первая закончилась срочными родами через естественные родовые пути живым ребенком. Вторая и третья - медицинскими абортными в сроках 8-10 недель, без осложнений. Четвертая - преждевременными родами в сроке 35 недель 2 года назад, в раннем послеродовом периоде, в связи с дефектом последа было проведено ручное обследование полости матки, удалена долька плаценты. Послеродовой период осложнился метроэндометритом, большая лечилась в стационаре.

Течение настоящей беременности. Посещала женскую консультации с 30 недель нерегулярно. Со слов женщины во второй половине беременности, в сроке 27 недель появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые женщина связывала с длительной поездкой в машине, к врачу не обращалась 30 июня в 17 часов появились незначительные боли внизу живота и пояснице, а в 18 часов умеренные кровянистые выделения из половых путей. Была вызвана скорая помощь и беременная доставлена в роддом.

Общее состояние удовлетворительное. Беременная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вес 75 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета АД 120/80 и 120/80 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Отеков нет. Матка мягкая, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежащая часть плода определяется нечетко, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин, ОЖ 92 см, ВДМ 38 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. На подкладной пятно алой крови, Влагалищное исследование. О.З. шейка матки цианотичная, из наружного зева выделяется алая кровь.

Per vaginam влагалище емкое, шейка матки размягчена, длиной до 1,5 см. цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть плода плотная, округлая. За внутренним зевом определяется край плаценты. Мыс не достижим, экзостозов нет. Выделения кровянистые, умеренные.

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови' Эр  $4,2 \times 10^{12}/л$ , НЬ 105 г/л, Цп 0,8, лейкоциты  $6 \times 10^9/л$

Общий анализ мочи удельный вес 1018, белка нет, сахар отрицательный, лейкоциты, эритроцитов 2-3 в поле зрения.

Дополнительные методы обследования КТГ – STV 6.0, базальная частота 145 уд/мин.

Диагноз? Ошибки? Тактика?

4. Пациентка 29 лет, находится в родовом отделении. Беременность вторая, протекала без осложнений. В анамнезе преждевременные роды в 35-36 недель 6 лет назад. Вес ребенка был 2750 г. ИМТ при постановке на учет 25. Прибавка веса за беременность 13 кг. ВДМ 34 см, ОЖ 96 см. Размеры таза 25-28-31-18 см. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд в мин. АД 120/80 мм рт ст. Схватки через 3 мин по 60 сек. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 в мин. Воды отошли 3 часа назад.

Проведено влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 8 см, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Лобный шов в поперечном размере, слева определяются части лица, справа большой родничок. Мыс достигается согнутым пальцем. Воды подтекают светлые.

Диагноз. Тактика

5. Пациентка 26 лет, в течение двух недель находится в родильном доме. Диагноз при поступлении: беременность 30 недель, дихориальная диамниотическая двойня. Диссоциированное развитие близнецов. ЗВРП 2-го плода. НМПК 3 степени у 2-го плода. Преэклампсия легкой степени. Беременность первая, наступила самопроизвольно. Акушерский и соматический анамнезы не отягощены. При очередном осмотре сердцебиение второго плода не выслушивается. Произведено ультразвуковое исследование, в ходе которого констатирована внутриутробная гибель второго плода из двойни с задержкой внутриутробного развития. Развитие первого плода соответствует гестационному сроку, нарушения кровотока не выявлено. Длина цервикального канала 35 мм.

Диагноз. Тактика.

6. Пациентка Б., 26 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 32 недели с жалобами на подъемы АД и отеки нижних конечностей, которые появились в течение последних 3 недель. У женщины сахарный диабет 1 типа, декомпенсированный, тяжелого течения, диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия. Настоящая беременность четвертая. В анамнезе кесарево сечение 4 года назад в 28 недель в связи тяжелой преэклампсией, ребенок умер, 2 медицинских аборта без осложнений.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Самочувствие удовлетворительное. Голова не болит. Кожные покровы бледные, пастозные. Пульс 90-92 уд/минуту, ритмичный. АД 140/95 – 130/80 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Матка в нормотонусе. ВДМ 26 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное 130-140 у минуту. Физиологические отправления в норме. Диурез уменьшен: введено 1500 мл, выделено 900 мл. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, шейка матки плотная, отклонена кзади, длиной 4 см. Наружный зев закрыт, выделения слизистые. Через своды определяется головка.

В анализе мочи белок 2,0 г/л. Сахар крови 4,2 – 13,9 ммоль/л. Гемоглобин крови 116 г/л, тромбоциты 190x10<sup>9</sup>. Общий белок 61 г/л, билирубин 5,3 мкмоль/л, мочевины 6,2 мкмоль/л, фибриноген 2,22, МНО 0,88.

Диагноз. Обоснование. План дальнейшего ведения

7. Пациентка 27 лет пришла на скрининговое ультразвуковое исследование в сроке беременности 12 недель. Настоящая беременность вторая. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 12 недель беременности. При кариотипировании абортного материала хромосомных аномалий не обнаружено. Соматический анамнез не отягощен. В ходе ультразвукового исследования установлено, что копчико-теменной размер плода соответствует 9-10 неделям беременности. Сердцебиение плода не визуализируется.

Диагноз. Составьте план ведения и дальнейшего обследования

8. Пациентка 29 лет. Прооперирована 3 года назад – протезирование аортального клапана. Получает варфарин. В анамнезе 2 неразвивающиеся беременности. При данной беременности в ранние сроки была переведена на клексан 0,8 мг/сут. Со второго триместре снова получает варфарин 6,5 мг. В первом триместре в ходе эхокардиоскопии обнаружен тромбоз аортального клапана. При последующих ультразвуковых исследованиях отрицательной динамики не установлено. Течение беременности стабильное. Прибавка веса 12 кг. ИМТ при постановке на учет 25. Поступила в родильный дом в сроке беременности 36-37 недель для подготовки к родам. Самочувствие удовлетворительное. Жалоб активно не предъявляет. АД 120/80 мм рт ст, пульс 72 уд в мин. ВДМ 35 см, ОЖ 97 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. По данным ультразвукового исследования плод соответствует сроку беременности.

Диагноз. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения и метод родоразрешения.

9. Пациентка 28 лет, соматически здорова. На учете в женской консультации с 10 нед. Группа крови женщины A (II) Rh –отрицательная, у мужа A (II) Rh – положительная. Настоящая беременность третья, в анамнезе двое родов, первый ребенок здоров, у второго была гемолитическая болезнь легкой степени (желтушная форма). После родов профилактика не проводилась. В настоящее время срок беременности 26 недель. Титр резусных антител 1 : 16, при постановке на учет составлял 1:4.

Составьте план ведения и обследования женщины.

10. Пациентка Н., 27 лет, 5 сутки после родов. В анамнезе 1 роды и 2 аборта. Последний аборт год назад осложнился развитием эндометрита. Течение беременности без осложнений. В родах проводилось родоусиление окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности. Безводный период составил 18 часов.

С третьих суток отмечается повышение температуры до 37,7° С. Общее состояние удовлетворительное. Пульс ритмичный 98 ударов в минуту. АД 115/70 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное. Матка с четкими контурами, чувствительная при пальпации. ВДМ 16 см. Лохии кровянистые, с запахом.

Произведено ультразвуковое исследование: полость матки расширена до 14 мм, содержащее с наличием множественных гиперэхогенных включений по задней стенке матки.

Диагноз. Составьте план лечения

11. Бригадой скорой медицинской помощи в родильный дом доставлена первобеременная пациентка 34 лет. Жалобы на головную боль, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ветрянную оспу ( в детстве), «простудные» заболевания, хронический гастрит, хронический холецистит. Менархе в 13 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. В качестве метода контрацепции в течение последних 5 лет принимала монофазные КОК (комбинированные оральные контрацептивы). Настоящая беременность первая, наступила самостоятельно, через 4 мес после отмены КОК. Беременность протекала без осложнений до 35 недель, когда впервые на приеме у врача женской консультации зафиксирован подъем цифр АД 145/90 мм рт.ст. Выписано направление на общий анализ мочи, которую пациентка, со слов, сдать не успела, а также рекомендован к применению препарат Метилдопа ( Допегит) по 250 мг 3 раза в день, который пациентка не принимала по причине удовлетворительного самочувствия. В течение последней недели беременная отметила нараста-

ние отеков с появлением их на кистях рук, передней брюшной стенке и лице, а также снижение количества выделяемой мочи. Общая прибавка массы тела за беременность составила 18 кг.

Со слов, тошнота и чувство тяжести в правом подреберье появились 3 часа назад. Данные ощущения пациентка связала с погрешностью в диете : накануне она ела жирную и жареную пищу. Самостоятельно она приняла 2 таблетки препарата Панкреатин (Мезим), без эффекта. Через 2 часа к вышеуказанным симптомам присоединилась головная боль, в связи с чем пациентка вызвала бригаду скорой помощи.

Общее состояние тяжелое. Рост 160 см. Вес 90 кг (ИМТ 35,15 кг/м<sup>2</sup>). Пациентка несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледно – розового цвета, сухие, чистые. Язык не обложен, сухой. Область зева не гиперемирована. Отмечаются выраженные отеки нижних и верхних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Пульс 92 уд/мин, повышенного напряжения. АД 165/115 мм.рт.ст. (на левой руке) и 165/110 мм.рт.ст. (на правой руке). Температура тела 36,7° С. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча концентрированная. Диурез снижен. Стул оформленный, обычного цвета, 1 раз в 2 суток (тенденция к запорам). Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Status obstetricus: высота стояния дна матки – на два пальца выше середины расстояния между пупком и мечевидным отростком (гестационный срок при расчете с первого дня последней менструации – 38 недель). Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 105 – 110 ударов в минуту.

Диагноз, обоснование, дополнительное обследование, тактика.

12. Беременная 34 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 32 недели 5 дней. Жалобы на ярко-алые мажущие выделения родовых путей, которые появились внезапно ночью без болевого синдрома.

Анамнез заболевания:

- Из детских инфекций- краснуха и инфекционный паротит
- Хронические заболевания других органов и систем отрицает
- Гинекологические заболевания : эндометрит, CIN III- диатермоэлектроэксцизия шейки матки.

Акушерский анамнез: I ая беременность – 8 недель медицинский аборт по желанию,

II ая беременность- 13 недель- самопроизвольный выкидыш с abrasion cavi uteri,

III ая беременность - данная, наступила самопроизвольно.

Анамнез жизни:

После самопроизвольного выкидыша лечилась в гинекологическом стационаре по поводу эндометрита.

Объективный статус:

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм.рт.ст., левая рука - 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп.

Диагноз, обследование, тактика, лечение

13. Больную Ф., 38 лет в течение 1 года беспокоят кровянистые выделения из влагалища после полового сношения, мажущие темно-коричневые выделения, возникающие за 3-4 дня до менструации и в течение 1-2 дней после нее. В анамнезе 2 родов, 5 мед. аборт, 2 года назад была произведена диатермокоагуляция эрозии шейки матки. Осмотр в зеркалах (за 2 дня до менструации): шейка матки цилиндрическая, вокруг цервикального канала располагаются темно-красного цвета образования 2-3 мм в диаметре, легко кровоточит при пальпации, остальная поверхность шейки чистая.

Диагноз, тактика

14. У больной 41 года на профилактическом осмотре обнаружена опухоль яичников. При направлении в стационар жалоб не предъявляет. Менструации с 14 лет по 3-4 дня, установились сразу, регулярные, безболезненные, через 28 дней. Последняя менструация 8 дней назад. Роды 1 (без осложнений), 6 медицинских абортов в анамнезе. Последняя беременность 4 года назад закончилась аборт без осложнений.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, чистая, выделения слизистые.

Бимануально: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное. Придатки слева не пальпируются. Справа и сзади от матки пальпируется округлое, туго-эластическое образование с гладкой ровной поверхностью, величиной 8x10 см, хорошо подвижное, безболезненное.

Параметральная клетчатка свободна.

Анализ крови без особенностей.

Диагноз, тактика

15. Больная В., 26 лет. Беспокоит отсутствие менструаций в течение 9 мес, отсутствие беременности. Из анамнеза установлено, что росла и развивалась эмоциональной, подвижной девочкой. Менструации установились с 13 лет, были регулярными, беременностей не было. 1 год назад трагически погибли родители, тяжело переживала их смерть. Получает седативные препараты, назначенные невропатологом. При обследовании – нормального телосложения, на краниограмме: турецкое седло без патологии, при осмотре – матка и яичники нормальных размеров, проба с прогестероном отрицательная.

Диагноз, тактика, лечение

16. Больная 45 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей, контактные кровотечения, постоянные ноющие боли внизу живота, отдающие в поясницу, усиливающиеся в ночное время в течение последних 4-х месяцев. Общее состояние не нарушено. Из анамнеза установлено, что наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, лечилась только жировыми тампонами, безрезультатно. Последний раз у гинеколога показывалась 1 год назад. При гинекологическом осмотре установлено, шейка матки отечна и гипертрофирована, на задней губе имеется разрастание ткани по типу – «цветной капусты», которое при контакте умеренно кровоточит. Выделения с неприятным запахом, в большом количестве слизисто-сукровичные. Влагалищное исследование: шейка матки плотная. Матка маленькая, подвижная, безболезненная, придатки не определяются. Своды свободные. Ректальное исследование: параректальная клетчатка свободная.

Диагноз, обоснование, тактика, лечение

17. Больной 72 года. Предъявляет жалобы на непостоянные, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение последних 6 месяцев. Обратилась с подобными жалобами к гинекологу по месту жительства, у которого не проверялась в течение 22-х лет. Была направлена для раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки. Гистологическое исследование соскоба – низко дифференцированная аденокарцинома эндометрия. Менархе с 14 лет по 3 дня, через 23 дня, регулярные, безболезненные. Менопауза с 50 лет. Р – 2, А – 7, гинекологические заболевания отрицает. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Сердце, легкие – возрастные изменения. АД 140/90 мм рт ст, пульс 76 в мин, ритмичный, живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: осмотр – в зеркалах – шейка матки маленькая, чистая. Выделения скудные, кровянистые. Тело матки не увеличено, безболезненно, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Тазовая клетчатка свободная. При обследовании через прямую кишку инфильтратов в полости малого таза не выявлено.

Диагноз, обоснование, тактика, лечение

18. Больная 55 лет обратилась с жалобами на увеличение живота, ощущение тяжести в животе. Больна 1,5 месяца. К гинекологу не обращалась до этого 8 лет. Менопауза 3 года. В анамнезе 9 родов, 3 мед аборта. При осмотре обращает на себя внимание увеличенный в размере живот. Ткани передней брюшной стенки дряблые. В нижних отделах живота пальпируется опухоль, безболезненная с четкими контурами, крупнобугристая, тугоэластической консистенции. Верхний полюс образования на уровне пупка. Опухоль смещается в стороны. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Анализы мочи и крови – без особенностей. При гинекологическом исследовании определено: слизистая влагалища обычного вида, шейка маленькая, зев точечный. Выделений нет. Матка маленькая, безболезненная, отклонена кзади, подвижная. Спереди и выше достигается нижний полюс образования, контуры его четкие, консистенция тугоэластическая. Тазовая клетчатка свободная. Полость малого таза свободная.

Диагноз, обоснование, лечение

19. Больная 24-х лет обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие беременности. За мужем. Дважды – самопроизвольный выкидыш в сроке 6-7 нед беременности. При гинекологическом обследовании: осмотр в зеркалах: на шейке матки – зона гиперемии диаметром 1 см, выделения слизисто-гноевидные, обильные. При бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная, придатки не определяются.

Диагноз, план обследования, тактика

20. Больная 38 лет. Обратилась с жалобами на кровянистые выделения из влагалища в течение 1 дня на фоне задержки менструации на 3 нед. Считает себя беременной – тест на беременность положительный 2 нед назад. В анамнезе – дважды самостоятельные роды, данная беременность третья, желанная.

Объективно: правильного телосложения, обычного питания. При осмотре – АД 140/80, пульс 76 ударов в минуту, число дыханий 26 в минуту. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, выделения скудные, кровянистые. Шейка матки цилиндрическая, чистая.

Бимануально: своды свободные. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, безболезненная, подвижная, плотная, придатки не пальпируются.

Диагноз. Тактика. Лечение

21. Больная 28 лет. Обратилась с жалобами на кровянистые выделения из влагалища в течение 2 дней на фоне беременности 19-20 недель. Состоит на учёте в женской консультации, наблюдается по беременности с 5 недель. В анамнезе- одни самостоятельные роды, данная беременность вторая, желанная.

Объективно: правильного телосложения, обычного питания. При осмотре- АД 110\70, пульс 77 в минуту, число дыханий 25 в минуту Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, выделения умеренные, кровянистые. Шейка матки цилиндрическая, чистая.

Бимануально: своды свободные. Матка увеличена до 20 недель беременности, безболезненная, подвижная, плотная, придатки не пальпируются.

Диагноз. Лечение

22. Больная 30 лет. Обратилась с жалобами на кровянистые выделения из влагалища в течение 2 дней на фоне беременности 19-20 недель. Состоит на учёте в женской консультации, наблюдается по беременности с 5 недель. В анамнезе- одни самостоятельные роды, данная беременность вторая, желанная.

Объективно: правильного телосложения, обычного питания. При осмотре- АД 110\70, пульс 78 в минуту, число дыханий 25 в минуту Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, выделения умеренные, кровянистые. Шейка матки цилиндрическая, чистая.

Бимануально: своды свободные. Матка увеличена до 20 недель беременности, безболезненная, подвижная, плотная, придатки не пальпируются.

При ультразвуковом исследовании: в полости матки- разнородная ткань, части плода не определяются.

Диагноз. Тактика

23. Больную Ф., 58 лет в течение 1 года беспокоят кровянистые выделения из влагалища, мажущие темно-коричневые выделения, возникшие на фоне постменопаузы 12 лет. В анамнезе 2 родов, 5 медабортов, состояла на диспансерном учёте по поводу миомы матки.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, слизистая атрофичная, из цервикального канала- кровянистые умеренные выделения, бимануально- матка до 5 недель беременности, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, своды свободные. По данным ультразвукового исследования- в полости матки лоцируется образование округлой формы с сосудистой ножкой, исходящей из передней стенки матки.

Диагноз, обоснование, тактика

24. Больной 22 года. Жалоб не предъявляет. Обратилась к гинекологу по месту жительства по вопросу контрацепции. Было выполнено цитологическое исследование с шейки матки- результат- дисплазия многослойного плоского эпителия третьей степени. Менархе с 14 лет, менструации по 3 дня, через 24 дня, регулярные, безболезненные. Р – 0, А – 1, гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания.

Гинекологическое исследование: осмотр – в зеркалах – шейка матки коническая, чистая.

Выделения скудные, слизистые. Тело матки не увеличено, безболезненно, подвижное.

Придатки с обеих сторон не определяются. Тазовая клетчатка свободная. При обследовании через прямую кишку инфильтратов в полости малого таза не выявлено.

Диагноз, обоснование, тактика

25. Больная 34 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли внизу живота, беспокоящие на протяжении 3 месяцев, усиливающиеся перед и в первый день менструации. Отмечает значительное усиление болевого синдрома с иррадиацией болей в правую ногу во время последней менструации, которая началась 3 дня назад. Из анамнеза известно, что регулярно у гинеколога не наблюдается, менархе в 13 лет, по 5-7 дней, менструации умеренные, безболезненные; с 18 лет после перенесенного медицинского аборта стали более обильными, болезненными, в связи с чем принимает НПВС. Контрацепция — прерванный coitus. При поступлении гемодинамика стабильная, АД 110/70, ЧСС 82 в мин, t=37,00С, живот мягкий, чувствительный при пальпации в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Гинекологический осмотр: шейка матки без особенностей, тело матки увеличено до 5 нед беременности, округлое, плотное; справа и сзади от матки определяется резко болезненное неподвижное образование диаметром 7 см. Своды несколько укорочены, ригидные.

Диагноз, обоснование, тактика

26. Больная М., 30 лет, предъявляет жалобы на отсутствие наступления беременности на протяжении 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции, болезненные менструации и половые контакты, боли при дефекации во время менструации. Обследована по поводу отсутствия наступления беременности: на ИППП – патологии не выявлено, оценен гормональный статус – без изменений, исследована проходимость маточных труб методом ГСГ – проходимы. Муж обследован, здоров. По данным УЗИ ОМТ — сзади от шейки матки образование неправильной формы, пониженной эхогенности 22\*8 мм. Объективно: вес 51 кг, рост 175 см, живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: шейка матки без особенностей, тело матки нормальных размеров, ограничено подвижное, безболезненное, за маткой определяется плотное, бугристое резко болезненное образование около 15 мм в диаметре.

Диагноз, обоснование, тактика

27. Больная 37 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли внизу живота, обильные мутноватые выделения из половых путей, повышение температуры тела, слабость. Из анамнеза известно, что у пациентки имеется хронический аднексит, использует ВМС с целью контрацепции в течение 6 лет. Заболела внезапно после переохлаждения. При обследовании: температура 37,8 С, пульс 95 в мин. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Гинекологическое исследование: при осмотре в зеркалах: шейка матки коническая, розовая, выделения — обильные гнойные, видны нити ВМК. Бимануально: тело матки не увеличено, плотное, ограничено подвижное, чувствительное. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненные. Справа от матки пальпируется конгломерат без четких контуров, размерами 7\*8 см, неравномерной консистенции, резко болезненный. Правый влагалищный свод укорочен, пальпируется тяж.

Диагноз, обоснование, лечение

28. Бригада скорой медицинской помощи прибыла по вызову к первобеременной пациентке 34 лет. **Жалобы** на головную боль, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье.

**Анамнез заболевания.** Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ветряную оспу (в детстве), «простудные» заболевания, хронический гастрит, хронический холецистит.

Менархе в 13 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. В качестве метода контрацепции в течение последних 5 лет принимала монофазные КОК (комбинированные оральные контрацептивы). Настоящая беременность - первая, наступила самостоятельно, через 4 мес. После отмены КОК. Беременность протекала без осложнений до 35 недель, когда впервые на приеме у врача женской консультации зафиксирован подъем цифр АД 145/90 мм рт.ст. Выписано направление на общий анализ мочи, которую пациентка, со слов, сдать не успела, а также рекомендован к применению препарат Метилдопа (Допегит) по 250 мг 3 раза в день, который пациентка не принимала по причине удовлетворительного самочувствия. В течение последней недели беременности отметила нарастание отеков с появлением их на кистях рук, передней брюшной стенке и лице, а также снижение количества выделяемой мочи. Общая прибавка массы тела за беременность составила 18 кг.

**Анамнез жизни:** Со слов, тошнота и чувство тяжести в правом подреберье появились 3 часа назад. Данные ощущения пациентка связала с погрешностью в диете: накануне она ела жирную и жареную пищу. Самостоятельно она приняла 2 таблетки препарата Панкреатин (Мезим), без эффекта. Через 2 часа к вышеуказанным симптомам присоединилась головная боль, в связи с чем пациентка вызвала бригаду скорой помощи.

**Объективный статус:** Общее состояние тяжелое. Рост 160 см. Вес 90 кг (ИМТ 35,15 кг/м<sup>2</sup>). Пациентка несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледно – розового цвета, сухие, чистые. Язык не обложен, сухой. Область зева не гиперемирована. Отмечаются выраженные отеки нижних и верхних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Пульс 92 уд/мин, повышенного напряжения. АД 165/115 мм.рт.ст. (на левой руке) и 165/110 мм.рт.ст. (на правой руке). Температура тела 36,7°С. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча концентрированная. Диурез снижен. Стул оформленный, обычного цвета, 1 раз в 2 суток (тенденция к запорам). Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Status obstetricus: высота стояния дна матки – на два пальца выше середины расстояния между пупком и мечевидным отростком (гестационный срок при расчете с первого дня последней менструации – 38 недель). Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 105 – 110 ударов в минуту.

Диагноз, обоснование, тактика, дополнительное обследование, лечение.

29. Первобеременная пациентка 25 лет находится в родовом блоке во втором периоде родов. **Жалобы** на головную боль, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами, боли в животе.

**Анамнез заболевания.** Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ветряную оспу (в детстве). Менархе в 14 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Настоящая беременность - первая, наступила самостоятельно, протекала без осложнений до 34 недель, когда впервые стали появляться отеки нижних конечностей. Через 2 недели на приеме у врача женской консультации зафиксировано повышение АД до 140/90 мм рт.ст., в общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,6 г/л. Пациентке амбулаторно назначен препарат Допегит по 250 мг 3 раза в день, на фоне чего АД стабилизировалось на цифрах 130/85 – 140/90 мм рт.ст. Протеинурия по данным анализов мочи не превышала 1 г/л. В течение последней недели беременности отметила нарастание отеков, уменьшение диуреза. Общая прибавка массы тела за беременность составила 20 кг.

Регулярная родовая деятельность началась дома 9 часов назад, одновременно произошло излитие околоплодных вод, в связи с чем пациентка вызвала бригаду скорой медицинской помощи и была доставлена в родильный дом. На основании данных осмотра в приемном отделении установлен диагноз: Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. I период родов. Преэклампсия умеренно выраженная. Преждевременное излитие околоплодных вод. Пациентка госпитализирована в родовой блок для родоразрешения. Первый период родов протекал без осложнений на фоне внутривенной инфузии сульфата магнезии, в родах проводилось обезболивание посредством эпидуральной анальгезии, гипотензивная терапия Допегитом (цифры АД находились в пределах 130/85(D), 140/90(S) мм рт.ст.). Во втором периоде родов появились вышеуказанные жалобы.

**Объективный статус:** Общее состояние тяжелое. АД 160/90 мм.рт.ст. (D) и 170/100 мм.рт.ст. (S). Положение плода продольное, предлежит головка плода. Матка в гипертонусе во время и вне схваток, при пальпации безболезненная. Схватки по 50-55 секунд, через 1-2 минуты, потужного характера, резко болезненные. Отмечается урежение ЧСС плода до 90 ударов в минуту без периода восстановления вне потуг. По данным КТГ регистрируется снижение амплитуды variability базального ритма до 2-3 уд/мин с появлением повторяющихся поздних децелераций. В подтекающих околоплодных водах визуализируется кровь. По результатам клинического анализа мочи при поступлении протеинурия составила 3,5 г/л.

Status obstetricus: размеры таза 25-28-31-20 см, размер Соловьева 15 см, ромб Михаэлиса 11\*11 см.

Per vaginam: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок слева кпереди. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Пальпируются седалищные бугры и верхушка копчика. Внутренняя поверхность симфиза и крестца, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости не доступны пальпации. Подтекают околоплодные воды, окрашенные кровью.

Диагноз, обоснование, Дополнительные методы обследования, тактика, лечение.

30. Беременная 31 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 3 дня. Накануне была на плановом визите в женской консультации, во время которого ей проведено ультразвуковое исследование.

**Жалобы** на схваткообразные боли и кровянистые выделения со сгустками из родовых путей.

**Анамнез:**

- Детские инфекции отрицает
- Периодические носовые кровотечения
- Хронические заболевания других органов и систем отрицает
- Гинекологические заболевания отрицает.

**Акушерский анамнез:** I ая беременность – данная, наступила самопроизвольно.

**Анамнез жизни:**

С детства страдает периодическими носовыми кровотечениями. Во время наблюдения по поводу данной беременности в женской консультации обнаружен полиморфизм гена фактора V (Лейден).

**Объективный статус:**

Состояние пациентки средней степени тяжести. Возбуждена. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 96, АД правая рука - 110/70 мм.рт.ст., левая рука - 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, болезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп и голеней.

Диагноз, обоснование, тактика

31. Беременная 34 года доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 32 недели 5 дней.

**Жалобы** на ярко-алые мажущие выделения родовых путей, которые появились внезапно ночью без болевого синдрома.

**Анамнез заболевания:**

- Из детских инфекций- краснуха и инфекционный паротит
- Хронические заболевания других органов и систем отрицает
- Гинекологические заболевания : эндометрит, CIN III- диатермоэлектростимуляция шейки матки.

**Акушерский анамнез:** I ая беременность – 8 недель медицинский аборт по желанию, II ая беременность- 13 недель- самопроизвольный выкидыш с abrasion cavi uteri, III ая беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Анамнез жизни:**

После самопроизвольного выкидыша лечилась в гинекологическом стационаре по поводу эндометрита.

**Объективный статус:**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм.рт.ст., левая рука - 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп .

Диагноз, обоснование, дополнительное обследование, тактика, лечение.

32. Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 35 недель

**Жалобы** на ярко-алые мажущие выделения родовых путей, которые появились внезапно на фоне полного здоровья

**Анамнез заболевания:**

- Из детских инфекций – ветряная оспа и краснуха
- Из хронических заболеваний – анемия, хронический гепатит С
- Гинекологические заболевания : субсерозная миома матки 7 недель без дегенерации узла

**Акушерский анамнез:** I беременность – 42 недели – кесарево сечение в связи с перенашиванием и неэффективностью индукции родов,

II беременность- 40 недель- кесарево сечение по поводу рубца на матке,

III беременность – 38 недель кесарево сечение по поводу рубца на матке после 2 операций,

IV беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Анамнез жизни:**

После третьего кесарева сечения послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, по поводу чего проводилась метропластика и дренирование брюшной полости

**Объективный статус:**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм.рт.ст., левая рука - 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп .

33. У беременной 31 года после рождения ребенка в течение 30 минут не произошло выделения последа

Жалобы активно не предъявляет

**Анамнез заболевания:**

- Из детских инфекций – ветряная оспа и краснуха
- Из хронических заболеваний – анемия, хронический тонзиллит
- Гинекологические заболевания : хронический аднексит

**Акушерский анамнез:** I беременность – 40 недель – самопроизвольные роды, осложнившиеся разрывом промежности II степени и послеродовым эндометритом (находилась на стационарном лечении)

II беременность- данная, наступила самопроизвольно.

**Анамнез жизни:**

30 минут назад произошли вторые самопроизвольные своевременные роды живым доношенным мальчиком весом 3500 гр., длиной 53 см с оценкой по АПГАР 8/9 баллов. После первых родов 3 года назад был разрыв промежности II степени и послеродовой эндометрит.

**Объективный статус:**

Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм.рт.ст., левая рука - 115/75 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен за счет послеродовой матки, безболезненный при пальпации. Моча выведена катетером. Диагноз, тактика, лечение

34. У роженицы 33 лет через 15 минут после рождения ребенка появились кровянистые выделения из половых путей, при этом послед в полости матки.

**Жалобы:** на кровянистые выделения из половых путей

**Анамнез заболевания:** из детских инфекций – ветрянка и краснуха, из хронических – анемия, хр.тонзилит. Гинекологические заболевания: хр.аднексит. Акушерский анамнез: I беременность – 40 нед – самопроизвольные своевременные роды, осложнившиеся разрывом промежности 2ст и послеродовым эндометритом (находилась на стац.лечении). 2 беременность – 39нед – самопроизвольные своевременные роды, осложнившиеся послеродовым эндометритом (находилась на стац.лечении). 3 беременность – 8 нед – м/а по желанию. 4 беременность – 39нед данная, наступила самопроизвольно.

**Анамнез жизни:** 15 минут назад произошли 3 самопроизвольные своевременные роды живой доношенной девочкой весом 3800г, длиной 54 см с оценкой по АПГАР 8/9 баллов. И первые и вторые роды осложнялись послеродовым эндометритом.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. ИМТ 28кг/м<sup>2</sup>. Пульс 78, АД правая рука 110/70, левая рука 115/75. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен за счет послеродовой матки, безболезненный при пальпации. Моча выведена катетером.

Диагноз, обоснование, обследование, лечение

35. В 21.30 к первородящей 22лет, находящейся в родовом блоке во втором периоде родов при сроке беременности 40-41 нед, вызван дежурный акушер-гинеколог.

**Жалобы:** на схватки потужного характера

**Анамнез заболевания:** Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает детские инфекции, простудные заболевания. В детстве и подростковом возрасте активно занималась легкой атлетикой. Менструации с 15 лет, установились через 1,5года, продолжительность 5 дней, цикл 28-30дн. Менструации регулярные, умеренные, болезненные. Рост пациентки 159см, масса тела на момент поступления 61кг (ИМТ 24,12). Настоящая

беременность первая, наступила самостоятельная, протекала на фоне угрожающего самопроизвольного выкидыша в 1 и 2 триместрах, по поводу чего проводилось амбулаторное лечение прогестагенами с положительным эффектом. Ж/к посещала регулярно. Общая прибавка массы тела за беременность 12кг.

**Анамнез жизни:** Околоплодные воды излились дома в 6.00. Регулярная родовая деятельность началась в 7.15. В 8.00 роженица была доставлена в родильный дом бригадой СМП. На момент поступления при влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2см. Плодный пузырь отсутствовал. Предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз.

Status obstetricus: ВДМ 36см. ОЖ 96см. Предполагаемая масса плода 3456г. Размеры таза: 23,5-26,5-29,5-18,5. Индекс Соловьева 15см. Размер Франка 9,5см. Ромб Михаэлиса 9,5x9,5.

Согласно клин.рекомендациям, учитывая наличие анатомически узкого таза 1 ст.сужения и предполагаемой массы плода не более 3600г, выработан консервативный план ведения родов с функциональной оценкой таза.

В 14.30 в связи с появлением болезненных схваток, при открытии маточного зева 4-5см, произведено обезболивание родов посредством эпидуральной аналгезии.

По данным КТГ признаков гипоксии плода в родах не наблюдалось. С 20.30 в течение последнего часа пациентка ощущает позывы на потуги.

**Объективный статус:** При осмотре в 21.30 общее состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, чистые. Язык чистый, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет.

Пульс 82, АД правая рука 120/80, левая рука 115/70. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам доношенному сроку беременности. Матка в нормальном тоне, возбудима и безболезненна при пальпации. Схватки по 50-55сек, через 1-2 минуты. Матка между схватками расслабляется полностью. Положение плода продольное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150уд/мин.

Per vaginam: наружные половые сглажены, открытие маточного зева полное, края шейки матки отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. На голову плода определяется выраженная родовая опухоль. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа кзади. Подтекают светлые околоплодные воды.

36. Беременная 27 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение. Срок беременности 35 нед 3 дня.

**Жалобы:** на жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве

**Анамнез заболевания:** из детских инфекций – ветрянка, краснуха корь, из хронических – гастрит, ремиссия, цистит, ремиссия. Гинекологические заболевания: отрицает.

**Анамнез жизни:** Данная беременность первая, протекала без особенностей. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 часов, до этого жидких выделений из половых путей не отмечала.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 74, АД правая рука 110/70. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. Диагноз, обследование, тактика, лечение

37. Беременная 37 лет доставлена в приемное отделение стационара 3-го уровня машиной скорой помощи. Срок беременности 29 нед 2 дня.

**Жалобы:** на жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве

**Анамнез заболевания:** из детских инфекций – краснуха корь, из хронических – цистит, ремиссия; миопия слабой степени. Гинекологические заболевания: бесплодие 2. Трубно-перитонеальный фактор. В 2012г – трубная беременность справа, произведено: лапароскопия, тубэктомия справа. Гистероскопия, РДВ. Впервые выявлен порок развития матки: седловидная матка. В 2014г. – трубная беременность слева, произведено: лапароскопия, тубэктомия слева. Гистероскопия, РДВ.

**Анамнез жизни:** Данная беременность третья, наступила в результате ЭКО и ПЭ. Указанные жалобы беспокоят в течение 4 часов.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 72, АД правая рука 115/75. Дыхание везикулярное, 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. Диагноз, обследование, тактика

38. Беременная 33 лет доставлена в приемное отделение стационара 2-го уровня машиной скорой помощи. Срок беременности 34 нед 2 дня.

**Жалобы:** на однократные жидкие выделения из половых путей в объеме 50мл

**Анамнез заболевания:** из детских инфекций – корь, из хронических – пиелонефрит, ремиссия; миопия слабой степени. Аллергическая реакция на пенициллины – отек Квинке. Гинекологические заболевания: миома матки малых размерах.

В 2017г – самопроизвольный выкидыш (7нед), с выскабливанием полости матки. Генетическое исследование абортуса не проводилось.

**Анамнез жизни:** Данная беременность вторая, наступила самопроизвольно. Указанные жалобы беспокоят около 3 часов назад.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 70, АД правая рука 115/75. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки голеней, стоп.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

39. В приемный покой Перинатального Центра обратилась пациентка 35 лет со сроком беременности 35 нед

**Жалобы:** на умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10мин) с иррадиацией в поясницу, обильные слизистые выделения из влагалища.

**Анамнез заболевания:** из детских инфекций – краснуха, ветрянка, ОРВИ - редко, из хронических – цистит, ремиссия; субклинический гипотиреоз, мед.компенсация. Гинекологические заболевания: 2015г. – конизация шейки матки по поводу CIN 1, без осложнений.

1 беременность – своевременные самопроизвольные роды, ребенок 3200г, 53см, послеродовый период протекал без осложнений.

2 беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 35нед, ребенок 2500г, 50см, здоров, послеродовый период протекал без осложнений.

3 беременность - самопроизвольный выкидыш в 7 нед, без выскабливания

4 беременность – преждевременные самопроизвольные роды в 36 нед, ребенок 2600г, 50см, здоров, послеродовый период протекал без особенностей.

5 беременность – данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности: срок беременности определен по menses и КТР плода на 1 скрининге (совпадает). 1 триместр – ток-сикоз, амбулаторная терапия. Скрининг 1 триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра – длина шейки матки 25мм, установлен акушерский пессарий. Прием препаратов: эутирокс 50мкг, фолиевая к-та 400мкг/сут (до 14 ед), йодомарин 250мкг/сут

(по настоящее время), Гексикон (суппозитории вагинально, №10 в 29 нед – признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

**Анамнез жизни:** Указанные жалобы беспокоят в течение последних 8 часов. Пациентка состоит на учете в ж/к, последний прием у акушера – 4 недели назад.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 65 кг. Пульс 85, АД 115/75. Дыхание везикулярное, 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Т=36,7С. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные. Пельвиометрия: D.spinarum 26, D.cristarum 28, D.trochanterica 31, C.externa 19

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

40. В приемный покой родильного дома (стационар II уровня) обратилась первобеременная 18 лет со сроком беременности 32 недели 4 дня.

**Жалобы** На обильные жидкие выделения из влагалища

**Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа.

Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний визит в сроке 25 недель.

Соматический анамнез: детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: неотягощен. Акушерский анамнез: I беременность - данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности: срок беременности определен по менструации. Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра - низкий риск, ультразвуковой скрининг 2-го триместра - ВПР плода не выявлено. Прием препаратов: йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность 9 кг. По данным УЗИ: беременность 32 недели 4 дня. Один живой плод в головном предлежании, продольном положении. Предполагаемая масса плода 1980 г, 29 перцентиль. Фето-плацентарный и маточно-плацентарный кровотоки в пределах нормы. Количество околоплодных вод - маловодье.

**Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 68 кг. АД 115/79 мм.рт.ст., пульс 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, температура тела 36,7С. Живот в доступных пальпации отделах - безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает. Пельвиометрия: D.spinarum 26 см, D.cristarum 28 см, D.trochanterica 31 см, C.externa 19 см.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

41. В приемный покой перинатального центра (стационар III уровня) обратилась повторно-беременная 40 лет со сроком беременности 20 недель 3 дня. **Жалобы** на обильные жидкие выделения из влагалища

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка не состоит на учете в женской консультации.

Соматический анамнез: детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Пародонтит, курит по 12 сиг/день. По данным ОГТТ до беременности - нарушение толерантности к глюкозе. Группа крови АВ (IV), резус-фактор отрицательный. Гинекологический анамнез: неотягощен. Акушерский анамнез: I беременность - своевременные роды, мальчик 3600 г, 53 см, здоров. II беременность - данная, наступила самопроиз-

вольно. Течение беременности: срок беременности определен по менструации. Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра - низкий риск. Прием препаратов: йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). 18-19 недель - острый пиелонефрит, терапию не получала. По данным ЭХО-КГ плода - дефект межжелудочковой перегородки. Общая прибавка массы тела за беременность 2 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 64 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., пульс 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, температура тела 36,7С. Живот в доступных пальпации отделах - безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает. Пельвиометрия: D.spinarum 26 см, D.cristarum 28 см, D.trochanterica 31 см, С.externa 19 см.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

42. В приемный покой перинатального центра (стационар III уровня) обратилась первобеременная 35 лет со сроком беременности 35 недель 2 дня. **Жалобы** На обильные жидкие выделения из влагалища

Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний прием у акушера - 2 недели назад.

Соматический анамнез: детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия. Гинекологический анамнез: отрицает. Акушерский анамнез: I беременность - данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности: срок беременности определен по менструации и КТР плода на I скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра - низкий риск, ультразвуковой скрининг 2-ого триместра - длина шейки матки 25 мм. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время), гексикон (суппозитории вагинально, № 10 в 32 недели - признаки аэробного вагинита по данным микроскопии отделяемого из влагалища). Общая прибавка массы тела за беременность 8 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., пульс 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, температура тела 36,7С. Живот в доступных пальпации отделах - безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные. Пельвиометрия: D.spinarum 26 см, D.cristarum 28 см, D.trochanterica 31 см, С.externa 19 см.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

43. В приемный покой родильного дома (стационар II уровня) обратилась первобеременная 25 лет со сроком беременности 36 недель 4 дня.

**Жалобы** на умеренные схваткообразные боли внизу живота (каждые 7-10 минут) с иррадиацией в поясницу, обильные жидкие выделения из влагалища.

Вышеуказанные жалобы появились в течение последних 10 часов. Пациентка не состоит на учете в женской консультации.

Соматический анамнез: детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ - редко. Хронические заболевания: хронический цистит, ремиссия. Бронхиальная астма с 14 лет. Гинекологический анамнез: неотягощен. Акушерский анамнез: I беременность - данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности: срок беременности определен по менструации. Течение данной беременности: скрининг I триместра - низкий риск, ультразвуковой скрининг 2-го триместра - норма. Прием препаратов: фолиевая кислота 400 мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность 12 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 65 кг. АД 115/70 мм.рт.ст., пульс 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, температура тела 36,7С. Живот в доступных пальпации отделах - безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает хорошо, активные. Пельвиометрия: D.spinarum 26 см, D.cristarum 28 см, D.trochanterica 31 см, C.externa 19 см.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

44. В условиях родильного отделения произошло родоразрешение повторнородящей женщины при сроке беременности 38 недель. В 10:15 родился живой доношенный мальчик массой 3820г., длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 10 минут после рождения ребенка самостоятельно отделилась плацента, и выделился послед. Послед осмотрен – оболочки и дольки все. Объём кровопотери 250 мл. Через 50 минут после родов пациентка пожаловалась на жидкие выделения из половых путей. При массаже матки из половых путей выделилось 250 мл жидкой алой крови со сгустками, тонус матки ослаблен.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

- I беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 38 недель. Мальчик 3510 гр/52 см.
- II беременность – роды через естественные родовые пути в сроке 39 недель. Мальчик 3615 гр/51 см.
- III беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

- 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.
- 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.
- 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

- хронические заболевания – отрицает;
- детские инфекции – ветряная оспа;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имела;
- аллергических реакций не было;
- отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

45. В условиях родильного отделения произошло родоразрешение повторнородящей женщины при сроке беременности 38 недель. В 10:15 родился живой доношенный мальчик массой 3820 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 10 минут после рождения ребенка самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. После рождения плаценты одномоментно выделилось 450 мл жидкой алой крови со сгустками, кровотечение продолжается.

**Жалоб нет.**

### **Анамнез заболевания**

Гинекологические заболевания отрицает.

Акушерский анамнез:

- I беременность – 2017г. – роды через естественные родовые пути при сроке беременности 39 недель. Кесарево сечение в связи с клинически узким тазом. Мальчик 3980г, рост 51 см. Апгар 8/9 баллов.
- II беременность – данная, наступила самопроизвольно.

Течение беременности по триместрам:

- 1-ый триместр – токсикоз легкой степени. Скрининг 1-го триместра без особенностей.
- 2-ой триместр – без особенностей. Скрининг 2-го триместра без особенностей.
- 3-й триместр – в сроке беременности 35 недель анемия легкой степени, прием препарата Мальтофер по 1 таблетки 2 раза в день по настоящее время.

Общая прибавка массы тела – 13 кг.

### **Анамнез жизни**

- хронические заболевания – отрицает;
- детские инфекции – ветряная оспа;
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имела;
- аллергических реакций не было;

- отец и мать здоровы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

46. На плановый к акушеру гинекологу по месту жительства обратилась повторно беременная 22 лет со сроком беременности 26 нед. По данным УЗИ: размеры плода соответствуют сроку беременности, УЗИ маркеров: врожденных пороков плода не выявлено. Предлежащая часть - головка плода. Увеличение толщины плаценты на 0,5см, увеличение размеров печени и селезенки, умеренное многоводие. По данным доплерометрии: увеличение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии более 1,5 МоМ.

**Жалобы:** Субъективных жалоб на момент осмотра не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Акушерский анамнез : первая беременность, 2015 год медицинский аборт по желанию женщины на сроке 8-9нед. Вторая беременность, данная, наступила самопроизвольно.

Гинекологический анамнез: Полипэктомия шейки матки 2013г.

Течение беременности: Данная беременность вторая, наступила самопроизвольно. Срок беременности определен по дате начала последней менструации. Беременность протекает без осложнений. Скрининг первого триместра- норма, низкий риск хромосомной патологии плода.

Прием препаратов: Фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14нед), йодомарин 250мкг сут (по настоящее время). Общая прибавка массы тела за беременность +5кг.

Соматический анамнез: Детские инфекции : ветряная оспа, ОРВИ- редко.

Хронические заболевания: гастрит, тонзиллит. Туберкулез, ВИЧ, гепатит, сифилис - отрицает.

С ранних сроков наблюдается в женской консультации. У пациентки В(III) Rh(-) отрицательный тип крови, у супруга В0(III) Rh(+).

### **Объективный статус:**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171см, масса 60кг. АД 115/64мм.рт.ст. Пульс 78/мин. Тоны сердца ясные ритмичные, дыхание везикулярное, температура 36,4гр. Живот в доступных пальпации отделах, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации не возбудима. ЧСС плода 144-155уд/мин. Шевеление плода ощущает хорошо, активно. Пельвиометрия: D.Spinarum 26см, D.Cristarum 28см, D.Trochanterica 31см, C.Externa 20см.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

47. Родильница, повторнородящая 38 лет, на 3-и сутки послеродового периода, после проведенного экстренного кесарева сечения по поводу острой гипоксии плода, находится в послеродовом отделении на совместном пребывании с ребенком

### **Жалобы**

На уплотнение и боли на внутренней поверхности нижней трети правого бедра, отечность правой нижней конечности, незначительный озноб.

### **Анамнез заболевания**

Акушерский анамнез: 1-я беременность -10 лет назад, протекла без осложнений, самопроизвольные роды в 40 недель 1 день, без осложнений, родился мальчик 3400 грамм 49 см,

оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, здоров, послеродовой период протекал без осложнений, лактация 1,5 года. 2-я и 3-я беременности- неразвивающиеся в сроках 10 и 12 недель, соответственно, *abrasio cavi uteri*, без осложнений ( дообследование не проводилось).

Гинекологический анамнез: неотягощен.

Течение беременности: Данная беременность 4-я, наступила спонтанно, срок беременности определен по *mensis* и КТР плода на 1 скрининге (совпадает). Беременность до настоящего времени протекла без осложнений, скрининг 1-го триместра- низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра- без признаков патологии на момент исследования. Прием препаратов: фолиевая кислота 400мкг/сут (до 14 недель), йодомарин 250 мкг/сут ( по настоящее время) . Общая прибавка массы тела за беременность + 10кг.

Соматический анамнез: Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ-редко. Хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия, последнее обострение в 2014г. Варикозное расширение вен нижних конечностей, последняя контрольная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижний конечностей 2 года назад, заключение: варикозная болезнь обеих нижних конечностей, рекомендована компрессия- класс 2(носила не регулярно). Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатиты- отрицает.

Наследственность: отец и старший брат умерли в возрасте 39 и 28 лет, соответственно, от острого нарушения мозгового кровообращения

Вышеуказанные жалобы появились внезапно, без видимого провоцирующего фактора, впервые отметила их 3 часа назад, связывала с длительной ходьбой (обследование ребенка), за время наблюдения на фоне «поднятия» нижней конечности- без положительной динамики.

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Матка при пальпации плотная, дно на 12-13 см выше лона. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в области операционной раны, не вздут, перистальтика выслушивается- активная. Самостоятельный стул – был. Молочные железы при пальпации мягкие, отделяемое из сосков –молозиво.

Рост 168 см, масса тела 92 кг. АД 100/75 мм.рт.ст., PS 103 уд/мин., тоны сердца ритмичные, t тела 36,6<sup>0</sup> С (в локтевом сгибе, ч/з 40 мин после кормления).

Status localis: на медиальной поверхности нижней трети правого бедра определяется локально гиперемированное уплотнение, умеренно болезненное при пальпации.

Диагноз, дополнительное обследование, тактика, лечение

48. Родильница Ф., 32 года, первые своевременные оперативные роды на сроке 37-38 недель. Послеродовое отделение, четвертые сутки. Родильница предъявляет жалобы.

**Жалобы** на боль внизу области живота, повышение температуры тела, озноб.

#### **Анамнез заболевания**

- Миопия слабой степени;
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- Профессиональных вредностей не имела;
- Аллергических реакций не было;
- отец и мать здоровы.

#### **Анамнез жизни**

Беременность протекала с угрозой прерывания, дважды проводилось стационарное лечение (в I и во II триместрах), в 24 недели был установлен акушерский пессарий в связи с истмико-цервикальной недостаточностью, удален в 37 недель. На следующий день поступила с активной родовой деятельностью и ранним излитием околоплодных вод. Родоразрешена путем операции кесарево сечение экстренно в родах в связи с острой гипоксией плода. Длительность родов до экстренного оперативного вмешательства составила 8 часов, безводный промежуток 7 часов. Кесарево сечение проведено без технических сложностей, длительность операции 40 минут.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 110/70 мм рт.ст. Молочные железы в стадии умеренного нагрубания, соски чистые. Грудью кормит. Температуры тела 38,7°C в локтевом сгибе. Живот мягкий, доступный пальпации, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Высота стояния дна матки 14 см. Область послеоперационного шва на передней брюшной стенке без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

49. Пациентка 68 лет обратилась на прием к гинекологу для осмотра.

На приеме предъявила жалобы на уменьшение роста на 3 см за 1 год, боли в поясничном отделе позвоночника, невозможность полностью распрямить спину, постоянное чувство усталости в спине.

**Анамнез заболевания.**

- Хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом);
- не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- профессиональных вредностей не имела;
- аллергических реакций не было;
- мать – компрессионные переломы позвоночника, отец – гипертоническая болезнь.

**Анамнез жизни**

Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

**Объективный статус.**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 51 кг. ИМТ 18,9. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус.**

Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Тело матки обычных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований органов малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

50. Пациентка 29 лет, поступила в гинекологическое отделение.

**Жалобы** на обильные кровянистые выделения из половых путей.

**Анамнез заболевания**

Детские инфекции: краснуха в 9 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 11 лет, установились не сразу, через 3 года, по 5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Гинекологические заболевания: в ювенильном периоде маточное кровотечение, купировалось приемом транексамовой кислоты, фолликулярная киста правого яичника 6 месяцев назад.

**Анамнез жизни**

Считает себя больной последние 2-е недели, когда после обильной менструации, кровянистые выделения продолжились. Последние 2 месяца менструации стали обильными, более 150 мл, со сгустками, болезненные.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост 169см, вес 96 кг. ИМТ 33,6кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище не рожавшей женщины. Шейка матки конической формы. Наружный зев точечный. Выделения кровянистые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободные.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

51. Пациентка 45 лет, поступила в гинекологическое отделение.

#### **Жалобы**

На мажущие кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота.

#### **Анамнез заболевания**

Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 6 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции в 12 лет лапаротомия: аппендэктомия. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 14 лет, по 5 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные. Была 1 беременность, закончилась нормальными срочными родами без осложнений. Экстрагенитальные заболевания: хронический цистит до 3-х обострений в год.

#### **Анамнез жизни**

Считает себя больной последние 10 дней, когда появились мажущие кровянистые выделения вне менструации. Последние 4 месяца беспокоят периодические тянущие боли внизу живота. Последние два года отмечает удлинение менструации до 7-8 дней.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, правильное. Питание умеренное. Рост 169см, вес 61 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушивается. Пульс 74 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, рубцово-деформирована. Выделения кровянистые, темно-коричневые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободные.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

52. Пациентка 44 года поступила в гинекологическое отделение.

Жалобы на обильное кровотечение из половых путей.

#### **Анамнез заболевания.**

Родилась от первых срочных родов весом 3500 г, длиной 54 см, с оценкой по Апгар 8/9 баллов. Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 5 лет, краснуха в 7 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Было 4 беременно-

сти, 2 из которых закончились нормальными срочными родами. 2 другие- искусственными абортами в сроках 8 и 10 нед. Беременности. После последнего аборта лечилась амбулаторно по поводу эндометрита.

**Анамнез жизни.**

Считает себя больной последние 2 года, беспокоят нарушения менструального цикла: интервалы между менструациями составляют 1,5-2 месяца с последующими обильными и длительными кровотечениями. Последнее кровотечение 3 мес.назад купировалось приемом викасола, дицинона и настойкой водяного перца. Настоящее кровотечение продолжается третью неделю, вышеуказанные средства не помогают.

**Объективный статус.**

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание умеренное. Рост 164 см вес 58 кг. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Дыхание везикулярное хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, дополнительных шумов в сердце при аускультации не выслушиваются. Пульс 80 уд. В мин, хорошего наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев шейки приоткрыт. Выделения крови из цервикального канала обильные со сгустками. Бимануально: матка в физиологическом положении, несколько больше обычных размеров, плотная, ограничена в смещении. В области придатков с обеих сторон пальпируется тяжесть, плотные яичники нормальных размеров. Влагалищные своды укорочены. Пальпация в области придатков умеренно болезненная.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

53. Больная 44 лет доставлена транспортом «скорой медицинской помощи» в гинекологический стационар

**Жалобы**

На тянущие боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец, подъем температуры до 38,2°C, озноб, обильные выделения из влагалища с неприятным запахом

**Анамнез заболевания**

Заболела 7 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, подъем температуры до 37,5°C. К врачу не обращалась, принимала нестероидные противовоспалительные препараты перорально при болях с кратковременным положительным эффектом. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала карету скорой медицинской помощи.

**Анамнез жизни**

менструальная функция не нарушена;

10-й день менструального цикла;

в анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений;

в течение последних 10 лет с целью контрацепции использует внутриматочный контрацептив.

**Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. АД 115/70 мм рт.ст., PS 106 в мин, температура тела 38,4°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, из цервикального канала исходят «нити» ВМК, отмечаются обильные слизисто-гнойные выделения.

При влагалищном исследовании: тело матки увеличено до 6 недель беременности, мягкое, малоподвижное, болезненное. Тракции за шейку матки резко болезненные. Придатки с обеих сторон увеличены, тестоватой консистенции, резко болезненные при пальпации. Своды свободные, глубокие.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

54. Пациентка 29 лет обратилась в приемный покой гинекологического стационара.

#### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота, больше слева, на периодическое повышение температуры до 37,7°C, слабость, снижение аппетита.

#### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение недели, когда возникли вышеперечисленные жалобы, которые постепенно нарастали в динамике.

#### **Анамнез жизни**

Родилась доношенной от молодых здоровых родителей. В детстве перенесла ветряную оспу, респираторные заболевания. Наследственность неотягощена. Операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Общие заболевания: отрицает. Менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Первый день последней менструации 7 дней назад. Состоит в зарегистрированном браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная, без контрацепции. Периодически отмечает болезненность при половых сношениях. В анамнезе три беременности: две первые закончились срочными родами, без осложнений, третья беременность закончилась один год назад искусственным абортom, осложненным воспалительным заболеванием органов малого таза.

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, температура тела 37,2°C. АД — 120/80 мм.рт.ст. Пульс 82 в мин., удовлетворительных свойств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки не изменены, бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный, выделения гнойные, умеренные, без запаха.

При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала сомкнут. Тело матки в anteflexio-versio, нормальных размеров, плотное, ограничено в подвижности, умеренно болезненное. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 7×6 см с четкими контурами, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Своды свободные.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

55. Женщина 42 лет обратилась к врачу гинекологу.

#### **Жалобы**

На боли внизу живота и обильные менструации с падением гемоглобина до 105 г/л на фоне регулярного ритма менструаций, отечность нижних конечности предменструальные дни, нагрубание и болезненность молочных желез во второй половине менструального цикла.

#### **Анамнез заболевания**

Хронический гастрит, хронический тонзиллит;

Не курит, алкоголем не злоупотребляет;

Профессиональных вредности не имела;

Аллергических реакций не было;

Наследственный анамнез: отец – сахарный диабет второго типа, мать – 45 лет аденомиоз и миома матки малых размеров.

#### **Анамнез жизни**

Менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный через 28 дней, ранее – длительность менструации 3-4 дня, умеренные, безболезненные. С 38 лет наблюдается в женской консультации по поводу миомы матки. В течение последних трех лет на фоне прогрессирующего роста миоматозного узла диаметром 4,5 см, отметила увеличение продолжительности менструации до 9 дней при регулярном их ритме. В анамнезе 2 своевременных самопроизвольных родов.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы бледно – розовые. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 ударов в 1 минуту, АД 125/78 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

#### **Гинекологический статус**

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуальна не изменена. Тело матки увеличено до 7 – 8 недель беременности, подвижно, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей: светлые.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

56. Женщина 30 года обратилась к врачу-гинекологу

#### **Жалобы**

На ациклические кровянистые выделения из половых путей на фоне регулярного менструального цикла в течение последнего года, периодические боли внизу живота, нагрубание молочных желез во второй половине цикла и обильные бели с запахом, появившиеся после полового контакта 3 дня назад. Женщина планирует беременность.

#### **Анамнез заболевания**

Хронический цистит (обострение 3 раза в год), рецидивирующий бактериальный вагиноз (до 4-5 обострений в год)

В возрасте 10 лет аппендэктомия, без осложнений

Не курит, алкоголь не употребляет

Профессиональных вредностей не имела

Аллергических реакций не было

Наследственность не отягощена

#### **Анамнез жизни**

Менархе в 13 лет. Менструальный цикл регулярный 32 дня, длительность 5-6 дней, умеренные безболезненные. В анамнезе 2 последовательных самопроизвольных выкидыша на сроке 7-8 недель (вакуумная аспирация остатков плодного яйца)

Половая жизнь с 18 лет. Вне брака. От беременностей предохранялась барьерным методом. Б-0.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 174см, вес 60кг. Кожные покровы бледно-розовые. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в мин, АД 115/70мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**St. Genitalis:** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, визуальна не изменена.

Тело матки нормальных размеров, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей бели с запахом.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

57. Женщина 44 года обратилась к врачу-гинекологу

#### **Жалобы**

На обильные маточные кровотечения со сгустками из половых путей на фоне 6 месяцев приема Ксарелты 20 мг в сутки, схваткообразные боли внизу живота, учащённое сердцебиение и слабость. В поликлинике по месту жительства зарегистрировано снижение гемоглобина до 98 г/л в клиническом анализе крови (7 дней назад)

#### **Анамнез заболевания**

В детстве переболела корь. Грипп, ОРЗ, анемия железосодержащая лег.ст.

Не курит, алкоголь не злоупотребляет

Профессиональных вредностей не имела

Аллергических реакций не было

Наследственность: отец- острое нарушение мозгового кровообращения в 45 лет, осложнившееся илеофemorальным тромбозом, мать- хронический калькулезный холецистит, остеопороз в постменопаузе, дефицит витамина Д.

#### **Анамнез жизни**

Менархе в 12 лет. Менструальный цикл регулярный 28-30 дней, длительность 5-6 дней, умеренные болезненные, требующие приема анальгетиков или спазмолитиков. Половая жизнь с 18 лет. Беременности 4, самопроизвольные роды - 3, неразвивающаяся беременность - 1 (в сроке 16 недель). Больной себя считает в течение 8 последних месяцев, когда через 2 дня после отмены гормонального вагинального контрацептивного кольца (НоваРинг), которое пациентки использовала в течение 3 лет, а также на фоне приема железосодержащих препаратов по поводу анемии легкой степени, появились боли и отечность левой ноги. Госпитализирована в ГКБ. Диагноз: илеофemorальный тромбоз слева, окклюзивный тромб общей подвздошной вены слева. При выписке рекомендован прием Ксарелты 30 мг в сутки, через 2 месяца снижение дозы до 20 мг в сутки.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**St. Genitalis:** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище без особенностей, слизистая не гиперемирована. Шейка матки конической формы, визуально не изменена. Тело матки нормальных размеров, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются. Выделения из половых путей светлые.

Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

58. Женщина 39 лет обратилась к акушеру – гинекологу.

#### **Жалобы**

На длительные кровянистые выделения в течении 2х недель из половых путей, прибавку массы тела за последний год на 8 кг.

#### **Анамнез заболевания**

- Хронические гастрит; хронический бронхит, мочекаменная болезнь (МКБ);
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- Профессиональных вредностей не имела;
- Аллергический реакций не было;
- Наследственность не отягощена

**Анамнез жизни**

Менархе в 11 лет. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дня по 4-5 дней умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Беременности -3, роды физиологические в срок-2, аборт-1. Предохранение от беременности –барьерный метод. За последний год отметила прибавку массы тела на 8 кг и задержки менструации до 2-х недель, переходящие в кровотечения продолжительностью до 2-3 недель. С целью остановки кровотечения самостоятельно принимала настой листьев крапивы без эффекта.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 90 кг. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагиалище рожавшей женщины, слизистая не гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована. Из наружного зева в незначительном количестве кровянистые выделения. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, неоднородной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки матки слева и справа не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Крестцово-маточные связки без особенностей. Выделения из половых путей кровянистые в незначительном количестве. Диагноз, обоснование, обследование, тактика, лечение

**5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания, вопросы для собеседования и реферат.

5.1.1 Перечень тестовых заданий:

Тестовые задания	Код компетенции, (согласно РПД)
Раздел 1. Экстрагенитальная патология и беременность Раздел 3. Патология беременности Раздел 4. Физиология и патология родов Раздел 5. Оперативное акушерство Раздел 6. Физиология и патология послеродового периода	
1 Внутрипеченочный холестаза при беременности (ВХБ) – это А Осложнение беременности, сопровождающееся повышением печеночных ферментов, тромбоцитопенией и гемолизом эритроцитов Б обратимое, часто наследственное, холестатическое заболевание печени, характерное только для беременности В Заболевание печени, характеризующееся резким повышением общего и непрямого билирубина и печеночных ферментов Г Осложнение беременности, сопровождающееся повышением лактатдегидрогеназы, тромбоцитопенией и гемолизом эритроцитов  2. Внутрипеченочный холестаза чаще развивается: А В 1 триместре беременности Б Во 2 триместре беременности В В конце 2-го и 3 триместре беременности Г В послеродовом периоде  3. Осложнения при внутрипеченочном холестазе беременных: А Антенатальная гибель плода Б Крупный плод	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, РПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,

<p>В Переносная беременность Г HELLP-синдром</p> <p>4. Этиологические причины развития ВХБ: А генетические Б эндокринные В инфекционные Г аутоиммунные</p> <p>5. Клинические симптомы ВХБ: А кожный зуд преимущественно на стопах и ладонях особенно ночью Б Боль в животе В Тошнота и рвота Г желтуха</p> <p>6. Лабораторная диагностика ВХБ: А Увеличение уровня желчных кислот Б Увеличение уровня лактатдегидрогеназы В тромбоцитопения Г Гемолиз эритроцитов</p> <p>7. Частота проведения лабораторного контроля при ВХБ: А еженедельно Б 1 раз в 2 недели В 1 раз в месяц Г После родов</p> <p>8. Фактором высокого риска антенатальной гибели плода считается А превышение уровня трансаминаз более 100 Ед/л Б превышение уровня общего билирубина более 100 мкмоль/л В превышение уровня общих желчных кислот 100 ммоль/л Г превышение уровня щелочной фосфатазы более 360 ммоль/л</p> <p>9. При ВХБ рекомендовано определять показатели гемостаза: А Протромбиновое время Б Время свертывания крови и время кровотечения В фибриноген Г Протеин С</p> <p>10. Инструментальные методы диагностики при ВХБ: А Биопсия печени Б Компьютерная томография В Ультразвуковое исследование органов брюшной полости Г МРТ с контрастированием</p> <p>11. При ВХБ рекомендована консультация: А Врача офтальмолога Б Врача хирурга В Врача гастроэнтеролога Г Врача эндокринолога</p> <p>12. Медикаментозное лечение ВХБ включает:</p>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, П-14</p>
---	---

<p>А Антацидные препараты Б Урсодезоксихолевую кислоту В Седативные препараты Г глюкокортикостероиды</p> <p>13. Гепатопротекторы, рекомендованные при ВХБ: А Эссенциальные фосфолипиды Б Липоевая кислота В орнитин Г адеметионин</p> <p>14. Досрочное родоразрешение до 37 недель при ВХБ рекомендовано: А При тяжелом течении с нарастанием зуда, желтухи, уровня желчных кислот, при нарушении состояния плода Б При положительном эффекте от проводимой терапии В При раннем начале ВХБ в 27-28 нед Г При сочетании ВХБ и желчнокаменной болезни</p> <p>15. Методы наблюдения за плодом при ВХБ: А Кардиотокография Б Биофизический профиль плода В Электрокардиография плода Г Лактат из головки плода</p> <p>16. Рекомендации женщинам, перенесшим ВХБ: А Не применять гормональные методы контрацепции Б Не применять витаминно-минеральные комплексы В Диета с низким содержанием жирной, жареной пищи Г Наблюдение врача эндокринолога</p> <p>17. Частота ВХБ при повторных беременностях: А 100% Б 50% В 60-70% Г Не повторится</p> <p>18. Эфферентные методы лечения при ВХБ: А гемофильтрация Б ультрафильтрация В плазмаферез Г Не используются</p> <p>19. Показания к госпитализации при ВХБ: А Неэффективность консервативной терапии в течение 7 дней Б Начало ВХБ в 34 недели В Сочетание ВХБ и желчнокаменной болезни Г Отсутствие нарушений состояния плода</p> <p>20. Госпитализация при ВХБ осуществляется в акушерский стационар: А 1 уровня Б 2 уровня В 3 уровня</p>	
--	--

Г По желанию беременной

21 В какие сроки беременности определяется титр антител к резус-фактору у несенсибилизированной беременной.

- А. 10, 20, 30
- Б. 8, 18, 28
- В. 12, 22, 32
- Г. 10, 20, 26

22. Показания для введения антирезусного иммуноглобулина в 1 триместре беременности

- А. серкляж
- Б. биопсия хориона
- В. угроза прерывания с кровянистыми выделениями
- Г. верно все

23. Срок обязательного введения антирезусного иммуноглобулина при беременности у несенсибилизированной беременной.

- А. В 28 недель беременности
- Б. Перед родами
- В. В первом триместре беременности
- Г. 24 недели беременности

24. На чем основана неинвазивная диагностика гемолитической болезни при беременности

- А. кордоцентез
- Б. определение титра антител
- В. определение оптической плотности билирубина в околоплодных водах
- Г. УЗДГ

25. Какой метод диагностики позволяет определить тактику ведения беременности в случае резус-иммунизации

- А. УЗДГ средней мозговой артерии плода
- Б. УЗИ
- В. Кордоцентез
- Г. амниоцентез

26. Какой показатель необходимо определить в ходе УЗДГ средней мозговой артерии плода для определения тактики ведения у беременных с резус-иммунизацией

- А. Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода
- Б. Систолиадиастолическое отношение
- В. Индекс резистентности
- Г. Пульсационный индекс

27. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода 1-1,25 МОМ

- А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели, с 36 недель 1 раз в неделю, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности
- Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели
- В. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении
- Г. Пролонгируется беременность до срока родов

28. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода 1,29-1,5 MOM
- А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели
  - Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в неделю, с 36 недель 1 раз в 3 дня, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности
  - В. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении
  - Г. Пролонгируется беременность до срока родов
29. Какая тактика ведения у беременных с резус-иммунизацией в случае соответствия максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСК СМА) плода более 1,5 MOM
- А. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели
  - Б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели
  - В. Пролонгируется беременность до срока родов
  - Г. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду ЭМОЛТ в зависимости от срока беременности.
30. Если в положенный срок недель беременности неиммунизированной беременной с резус-отрицательным фактором не была проведена антенатальная специфическая профилактика, то
- А. В случае отсутствия резус-антител необходимо провести антенатальную профилактику в любом сроке беременности
  - Б. Не нужно проводить антенатальную специфическую профилактику
  - В. Специфическую антенатальную профилактику нужно провести при появлении антител к резус-фактору
  - Г. Нужно провести только послеродовую специфическую профилактику
31. После проведения антенатальной специфической профилактики титр резус-антител
- А. Не определяют
  - Б. Определяют 1 раз в месяц
  - В. Определяют 1 раз в 2 недели
  - Г. Определяют 1 раз в неделю
32. В чем заключается неспецифическая профилактика ГБН
- А. Сохранение первой и последующих беременностей
  - Б. введение антирезусного иммуноглобулина во время беременности
  - В. введение антирезусного иммуноглобулина после родов
  - Г. определение титра антител во время беременности
33. Когда вводится антирезусный иммуноглобулин после родов.
- А. В течение первых 2 суток
  - Б. В первые 72 часа
  - В. в первую неделю
  - Г. в первые 10 дней
34. В каком случае проводится плановая послеродовая специфическая иммунопрофилактика
- А. Всем родильницам с резус-отрицательной крови без явлений иммунизации, родившим детей с резус-положительным типом крови
  - Б. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью

<p>В. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью с явлениями резус-иммунизации</p> <p>Г. Родильницам с резус-отрицательной кровью только после первых родов</p> <p>35. В какой дозе проводится плановая специфическая послеродовая иммунопрофилактика антиD-Ig</p> <p>А. 300 мкг, 1500 МЕ</p> <p>Б. 150 мкг, 750 МЕ</p> <p>В. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>Г. 20 мкг, 100 МЕ</p> <p>36. Если в родах была операция ручного отделения и выделения последа в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ</p> <p>Б. 300 мкг, 1500 МЕ</p> <p>В. 150 мкг, 750 МЕ</p> <p>Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>37. Если роды закончились операцией кесарева сечения в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ</p> <p>Б. 300 мкг, 1500 МЕ</p> <p>В. 150 мкг, 750 МЕ</p> <p>Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>38. Если в родах была ПОНРП в какой дозе вводится анти – D - иммуноглобулин в послеродовом периоде</p> <p>А. 600 мкг, 3000 МЕ</p> <p>Б. 300 мкг, 1500 МЕ</p> <p>В. 150 мкг, 750 МЕ</p> <p>Г. 125 мкг, 625 МЕ</p> <p>39. Какой метод родоразрешения предпочтителен при тяжелой анемии плода, отечной форме ГБП, а также после внутриматочного переливания плоду ЭМОЛТ</p> <p>А. роды через естественные родовые пути</p> <p>Б. кесарево сечение</p> <p>В. вакуум-экстракция в потугах</p> <p>Г. исключение потуг с использованием акушерских щипцов</p> <p>40. На течение и исход ГБП оказывают влияние следующие факторы:</p> <p>А. Срок беременности, при котором произошло родоразрешение</p> <p>Б. Сопутствующее инфицирование плода/новорожденного</p> <p>В. Тяжесть анемии при рождении</p> <p>Г. Наличие водянки</p> <p>Д. все вышеперечисленное</p> <p><b>41. При смешанном ягодичном предлежании:</b></p> <p>А) ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных, предлежат только ягодицы плода;</p> <p>Б) обе ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах;</p> <p>В) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах;</p> <p>Г) предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода, при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;</p> <p>Д) предлежат колени плода, при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.</p>	
---	--

**42. К этиологическим факторам тазового предлежания плода не относятся:**

- А) аномальная форма таза;
- Б) короткая пуповина;
- В) недоношенность;
- Г) многоплодная беременность;
- Д) возраст матери старше 35 лет.

**43. К признакам тазового предлежания плода при наружном исследовании не относится:**

- А) высокое стояние дна матки;
- Б) сердцебиение плода выслушивают ниже уровня пупка;
- В) при пальпации округлое плотное ballotирующее образование расположено в дне матки;
- Г) при пальпации некрупная, мягкая предлежащая часть расположена над входом в таз;
- Д) верно Б, В.

**44. Выберите верное утверждение:**

- А) наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в сроке >34 недель беременности у первородящих;
- Б) наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок и >32 недель беременности у повторнородящих;
- В) наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить, если планируется оперативное родоразрешение путем кесарева сечения;
- Г) наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить при наличии рубца на матке;
- Д) все перечисленное.

**45. К предикторам успешного выполнения наружного поворота плода на головку относится:**

- А) высокий паритет;
- Б) разрыв плодных оболочек;
- В) ожирение;
- Г) разгибание головки плода;
- Д) неустойчивое положение плода.

**46. При выполнении наружного поворота плода на головку рекомендовано:**

- А) рутинный токолиз;
- Б) рутинное использование наркотических анальгетиков;
- В) рутинное использование спинальной анестезии;
- Г) рутинное использование эпидуральной анестезии;
- Д) проведение периодического ультразвукового контроля.

**47. В плановом порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано при тазовом предлежании плода:**

- А) при сроке беременности менее 32 недель,
- Б) при чисто ягодичном предлежании плода;
- В) при ПМП 2500-3600 г;
- Г) при антенатальной гибели плода;
- Д) при первой беременности.

**48. В 1-м периоде родов в тазовом предлежании плода рекомендовано:**

- А) амниотомия в латентной фазе;
- Б) непрерывный КТГ-мониторинг;
- В) забор крови из ягодич плода с целью определения уровня лактата;
- Г) рутинная нейроаксиальная анальгезия для обезболивания родов;
- Д) верно Б и В.

**49. Во 2-м периоде родов в тазовом предлежании плода рекомендовано:**

- А) рутинная эпизиотомия;
- Б) контролировать поворот плода в передний вид;

- В) рутинная операция экстракции плода за тазовый конец;
- Г) забор крови из ягодиц плода с целью определения уровня лактата;
- Д) верно А и Б.

**50. Не рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения при тазовом предлежании плода в сроке:**

- А) 22- 25<sup>6</sup> недель беременности;
- Б) 26-31<sup>6</sup> недель беременности;
- В) после 32 недель беременности;
- Г) верно Б и В;
- Д) верно А и В.

**51. Что из перечисленного рекомендуется при проведении наружного поворота плода на головку?**

- А) пациентка должна быть голодной;
- Б) продолжительность процедуры 20-30 минут;
- В) не останавливать процедуру даже при выраженной болезненности;
- Г) осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой;
- Д) положение женщины сидя.

**52. При чисто ягодичном предлежании при влагалищном исследовании во время родов:**

- А) можно найти паховый сгиб;
- Б) определяются стопы плода;
- В) рядом с ягодицами прощупывают стопы плода;
- Г) предлежат колени плода;
- Д) предлежат ягодицы и одна из стоп плода.

**53. При подтвержденном тазовом предлежании плода в 36 недель гестации рекомендуется все, кроме:**

- А) ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом предлежании;
- Б) ознакомить пациентку с медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить риски, связанные с родами в тазовом предлежании;
- В) проведение корригирующей гимнастики для самостоятельного поворота плода на головку;
- Г) ознакомить пациентку с возможными методами родоразрешения;
- Д) ознакомить пациентку с возможными осложнениями при родоразрешении путем кесарева сечения.

**54. К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих проведения экстренного КС, относятся:**

- А) разрыв матки;
- Б) эмболия амниотической жидкостью;
- В) дистресс плода;
- Г) верно А и В;
- Д) верно все перечисленное.

**55. К факторам, оказывающим благоприятное влияние на исход родов через естественные родовые пути в тазовом предлежании, относят:**

- А) срок беременности менее 34 недель;
- Б) ножное предлежание;
- В) рубец на матке;
- Г) спонтанное начало родовой деятельности;
- Д) запрокидывание ручек.

**56. При отсутствии осложнений во 2м периоде родов в тазовом предлежании рекомендуется:**

- А) литотомическое положение женщины;
- Б) вертикальное положение женщины;
- В) положение пациентки на четвереньках;
- Г) положение выбирает пациентка с учетом ее предпочтений;
- Д) верно А и В.

**57. При чисто ягодичном предлежании, если к моменту рождения туловища до уровня пупка ножки не родились самостоятельно, рекомендовано применить:**

- А) прием Пинарда;
- Б) прием Ловсета;
- В) метод Брахта;
- Г) прием Морисо-Смелли-Вайта;
- Д) наложение щипцов Пайпера.

**58. При отсутствии самостоятельного рождения головки рекомендовано выполнить:**

- А) прием Пинарда;
- Б) прием Ловсета;
- В) метод Брахта;
- Г) прием Морисо-Смелли-Вайта;
- Д) верно В и Г.

**59. После рождения ребенка до уровня нижнего угла лопаток при запрокидывании ручек рекомендовано выполнить:**

- А) прием Пинарда;
- Б) прием Ловсета;
- В) классическое ручное пособие по выведению ручек;
- Г) прием Морисо-Смелли-Вайта;
- Д) верно Б и В.

**60. При методе Брахта:**

- А) ассистент надавливает над лоном для сгибания головки;
- Б) двумя пальцами проводят по плечу плода и далее вниз по плечевой кости;
- В) акушер надавливает на подколенную ямку и отводит бедро в противоположную сторону от туловища;
- Г) акушер противодействует преждевременному рождению ножек;
- Д) акушер указательный и средний пальцы руки располагает на верхней челюсти по обе стороны носа для сгибания головки.

**61. В плановом порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано при:**

- А) предлежании сосудов плаценты;
- Б) дистрессе плода;
- В) отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином;
- Г) предлежании плаценты с кровотечением;
- Д) начавшемся разрыве матки.

**62. В неотложном порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано при:**

- А) некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки, сопровождающихся дистрессом плода;
- Б) прогрессирующей отслойке нормально расположенной плаценты;
- В) некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки, не сопровождающихся дистрессом плода;
- Г) выпадении петель пуповины;
- Д) при приступе эклампсии в родах.

**63. В экстренном порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано при:**

- А) слабости родовой деятельности;
- Б) начавшемся разрыве матки;
- В) тяжелой преэклампсии;
- Г) антенатальной гибели плода;
- Д) хориоамнионите.

**64. В экстренном порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано при:**

- А) абсолютном клиническом несоответствии;

- Б) при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл;  
В) дискоординации родовой деятельности;  
Г) дистоция шейки матки;  
Д) верно А и В.
- 65. Родоразрешение путем кесарева сечения не рекомендовано при:**  
А) свершившемся разрыве матки;  
Б) внутриутробной смерти плода;  
В) сроке беременности 24-28 недель;  
Г) хориоамнионите;  
Д) выпадении ручки плода при головном предлежании.
- 66. Перед плановой операцией кесарева сечения необходимо проведение всех перечисленных лабораторных диагностических исследований, кроме:**  
А) общий анализ крови;  
Б) определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус;  
В) анализ крови на TORCH-инфекции;  
Г) определение антител к бледной трепонеме в крови (если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности);  
Д) исследование уровня антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности).
- 67. Перед родоразрешением путем кесарева сечения не рекомендовано:**  
А) удаление волос в области предполагаемого разреза кожи;  
Б) катетеризация центральной вены;  
В) компрессионные трикотажные чулки;  
Г) инфузионная терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс;  
Д) все перечисленное.
- 68. После родоразрешения путем кесарева сечения не рекомендуется:**  
А) раннее энтеральное питание;  
Б) тромбопрофилактика;  
В) иммобилизация не менее 24 часов;  
Г) удаление повязки через 6 часов;  
Д) удаление мочевого катетера после активизации пациентки.
- 69. При родоразрешении путем кесарева сечения рекомендовано:**  
А) поперечный разрез кожи;  
Б) смещение мочевого пузыря;  
В) корпоральный разрез на матке;  
Г) использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей;  
Д) донный поперечный разрез на матке.
- 70. При затрудненном рождении плода рекомендовано:**  
А) использование раскачивающих движений;  
Б) увеличить разрез сверху (J-образный разрез);  
В) увеличить прилагаемые усилия при давлении на дно матки;  
Г) выполнить якорный разрез;  
Д) все перечисленное.
- 71. При последующей беременности и в родах наивысший риск разрыва матки наблюдается после:**  
А) корпорального разреза;  
Б) T-образного разреза;  
В) донного поперечного разреза;  
Г) верно А и Б;  
Д) верно А и В.
- 72. При родоразрешении путем кесарева сечения зашивание подкожной**

**клетчатки рекомендовано, если ее толщина:**

- А) 2 см и более;
- Б) более 1 см;
- В) более 4 см;
- Г) 5 см и более;
- Д) при любой толщине обязательно.

**73. При родоразрешении путем кесарева сечения не рекомендовано:**

- А) отделение плаценты тракциями за пуповину;
- Б) поперечный разрез в нижнем маточном сегменте;
- В) эктериоризация матки;
- Г) использование утеротонической терапии после извлечения плода;
- Д) кюретаж стенок матки.

**74. При родоразрешении путем кесарева сечения после извлечения плода рекомендовано использование следующей утеротонической терапии:**

- А) с помощью капельницы со скоростью 60 кап/мин (20 Ед в 500мл раствора натрия хлорида);
- Б) карбетоцин 2 мл внутривенно в течение 2 минут;
- В) окситоцин 15 МЕ внутривенно инфузодомом со скоростью 16,2 мл/час
- Г) окситоцин 5 МЕ внутривенно медленно (в течение 1-2 мин);
- Д) окситоцин 10 МЕ внутривенно медленно (в течение 1-2 мин).

**75. Какие из перечисленных этапов при родоразрешении путем кесарева сечения проводятся по усмотрению врача?**

- А) зашивание висцеральной и париетальной брюшины;
- Б) зашивание апоневроза;
- В) сшивание прямых мышц живота;
- Г) верно А и В;
- Д) все перечисленные этапы являются обязательными.

**76. Отказ от зашивания висцеральной и/или париетальной брюшины сопровождается:**

- А) уменьшением продолжительности операции;
- Б) увеличением частоты гнойно-септических осложнений;
- В) увеличением потребности в анальгетиках;
- Г) увеличением периода послеоперационного пребывания в стационаре;
- Д) увеличением заболеваемости в послеоперационном периоде.

**77. Что из перечисленного относится к противопоказаниям со стороны пациентки к проведению нейроаксиальной анестезии при кесаревом сечении?**

- А) отказ пациентки;
- Б) непереносимость местных анестетиков;
- В) татуировка в месте пункции;
- Г) верно Б и В;
- Д) верно все перечисленное.

**78. После родоразрешения путем кесарева сечения в условиях общей анестезии рекомендовано:**

- А) прием жидкости сразу после операции;
- Б) рекомендован ранний перевод из отделения реанимации в послеродовое отделение;
- В) прием пищи, соответствующей общему столу, через 4 часа после операции;
- Г) верно А и Б;
- Д) верно все перечисленное.

**89. К обязательным условиям для выписки рожениц из акушерского стационара после родоразрешения путем кесарева сечения относятся все перечисленные, кроме:**

- А) отсутствие гипертермии;

- Б) удаление нерассасывающегося шовного материала;
- В) отсутствие патологических изменений при УЗИ матки и придатков;
- Г) отсутствие признаков мастита и лактостаза;
- Д) отсутствие признаков воспаления в области шва.

**80. Пациенткам после родоразрешения путем кесарева сечения наступление следующей беременности рекомендовано не ранее чем через:**

- А) 4-6 месяцев;
- Б) 6-8 месяцев;
- В) 12-18 месяцев;
- Г) 8-12 месяцев;
- Д) 36 месяцев.

**81. Послеродовое кровотечение — это кровопотеря, возникшая в результате естественных родов или после операции кесарева сечения,  $\geq$  ..... мл при естественных родах и  $\geq$  ..... мл при оперативном родоразрешении, или любой клинически значимый объем кровопотери, возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода.**

- А) 500, 1000;
- Б) 1000, 500;
- В) 400, 1000;
- Г) 400, 800;
- Д) 500, 1500.

**82. Раннее (первичное) послеродовое кровотечение возникает в течение:**

- А) 48 часов после родов;
- Б) 2 часов после родов;
- В) 24 часов после родов;
- Г) 42 дней после родов;
- Д) 7 дней после родов.

**83. Основными этиологическими факторами ранних послеродовых кровотечений являются:**

- А) нарушения сокращения матки, субинволюция матки, травма родовых путей, нарушения свертывания крови;
- Б) нарушения сокращения матки, задержка плацентарной ткани, травма родовых путей, послеродовая инфекция;
- В) нарушения сокращения матки, задержка плацентарной ткани, нарушения свертывания крови, субинволюция матки;
- Г) нарушения сокращения матки, травма родовых путей, послеродовая инфекция;
- Д) нарушения сокращения матки, задержка плацентарной ткани, травма родовых путей, нарушения свертывания крови.

**84. Наиболее часто встречающаяся причина ранних послеродовых кровотечений:**

- А) нарушения сокращения матки,
- Б) задержка плацентарной ткани;
- В) послеродовая инфекция;
- Г) травма родовых путей;
- Д) субинволюция матки.

**85. Массивная кровопотеря — это:**

- А) одномоментная потеря более 35-40% ОЦК или  $\geq$ 50% ОЦК за 3 часа;
- Б) одномоментная потеря более 25-30% ОЦК или  $\geq$ 50% ОЦК за 6 часов;
- В) одномоментная потеря более 35-40% ОЦК или  $\geq$ 50% ОЦК за

6 часов;

Г) одномоментная потеря более 25-30% ОЦК или  $\geq 50\%$  ОЦК за 3 часа;

Д) одномоментная потеря более 40% ОЦК или  $\geq 50\%$  ОЦК за 24 часа.

**86. К факторам риска гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся:**

А) длительное введение окситоцина;

Б) многоводие;

В) добавочная доля плаценты;

Г) верно А и Б;

Д) все перечисленное.

**87. Какая из перечисленных моделей пациенток будет иметь наивысший риск послеродового кровотечения?**

А) первобеременная, миома матки больших размеров;

Б) первобеременная, дихориальная диамниотическая двойня, гематокрит  $\geq 30$ ,

В) повторнородящая, предлежание плаценты, гематокрит  $< 30$ ;

Г) повторнородящая, рубец на матке после кесарева сечения;

Д) повторнородящая, в родах проводится родостимуляция окситоцином.

**88. Выберите верную схему профилактики послеродового кровотечения:**

А) окситоцин 3 мл (15 МЕ) в 50 мл раствора натрия хлорида внутривенно инфузوماتом со скоростью 12,0 мл/час;

Б) окситоцин 1 мл (5 МЕ) в 50 мл раствора натрия хлорида внутривенно инфузوماتом со скоростью 16,2 мл/час;

В) окситоцин 2 мл (10 МЕ) в 50 мл раствора натрия хлорида внутривенно инфузوماتом со скоростью 12,0 мл/час;

Г) окситоцин 20 Ед в 500мл мин раствора натрия хлорида с помощью капельницы со скоростью 60 кап/ мин;

Д) верно В и Д.

**89. С профилактической целью баллонная тампонада матки может быть применена при:**

А) предлежании плаценты;

Б) истмико-цервикальной недостаточности;

В) преждевременных родах;

Г) тазовом предлежании;

Д) верно А и Б.

**90. Выберите оптимальную схему проведения утеротонической терапии при послеродовом кровотечении:**

А) окситоцин 10-20 Ед на 500 мл физ.р-ра со скоростью 125мл/час, используя дозатор;

Б) окситоцин 20-30 Ед на 200 мл физ.р-ра со скоростью 125мл/час, используя дозатор;

В) окситоцин 5-10 Ед на 500 мл физ.р-ра со скоростью 120 мл/час, используя дозатор;

Г) окситоцин 60 Ед на 500 мл физ.р-ра со скоростью 25мл/час, используя дозатор;

Д) окситоцин 5 Ед на 200 мл физ.р-ра со скоростью 40 мл/час, используя дозатор.

**91. Противопоказания к применению метилэргометрина:**

- А) анемия;
- Б) артериальная гипертензия;
- В) непереносимость галактозы;
- Г) субклинический гипотиреоз;
- Д) верно Б и В.

**92. Нормальные показатели шокового индекса после родов составляют:**

- А) 1,5-2,0;
- Б) 0,9-1,2;
- В) 0,7-0,9;
- Г) 0,9-1,5;
- Д) 1,0-1,5.

**93. Шоковый индекс – это:**

- А) отношение ЧСС к систолическому АД;
- Б) отношение систолического АД к ЧСС;
- В) отношение ЧСС к диастолическому АД;
- Г) отношение диастолического АД к ЧСС;
- Д) отношение диастолического АД к систолическому.

**94. При отсутствии эффекта от утеротонической терапии окситоцином и метилэргометрином рекомендовано:**

- А) введение мизопростола 800 мкг;
- Б) введение мизопростола 600 мкг;
- В) введение мифепристона 800 мкг;
- Г) введение мифепристона 600 мкг;
- Д) введение мизопростола 600 мкг.

**95. При массивной кровопотере хирургическое вмешательство рекомендовано провести не позднее:**

- А) 10 минут от момента диагностики;
- Б) 20 минут от момента диагностики;
- В) 30 минут от момента диагностики;
- Г) 40 минут от момента диагностики;
- Д) 60 минут от момента диагностики.

**96. Рекомендовано вводить криопреципитат при уровне фибриногена:**

- А) менее 4 г/л ;
- Б) менее 3,5 г/л;
- В) более 2 г/л;
- Г) менее 5 г/л;
- Д) менее 2 г/л.

**97. В случае выявления остатков плацентарной ткани в позднем послеродовом периоде рекомендовано:**

- А) назначение утеротонической терапии;
- Б) назначение спазмолитической терапии;
- В) проведение гистероскопии;
- Г) проведение ручного обследования полости матки;
- Д) проведение гистерэктомии.

**98. Основными осложнениями массивной кровопотери является:**

- А) ДВС-синдром;
- Б) острое повреждение почек;
- В) синдром Шихана;
- Г) верно А и Б;
- Д) все перечисленное.

<p><b>99. В группе высокого риска кровотечения для снижения объема кровопотери во время кесарева сечения рекомендовано внутривенное введение внутривенное введение:</b></p> <p>А) транексамовой кислоты в дозе 1,0 г;  Б) транексамовой кислоты в дозе 0,2 г;  В) транексамовой кислоты в дозе 0,5 г;  Г) аминокапроновой кислоты в дозе 100 мг;  Д) аминокапроновой кислоты в дозе 50 мг.</p> <p><b>100. Активное ведение третьего периода родов подразумевает:</b></p> <p>А) пережатие пуповины между 1-ой и 3-ей минутами после рождения плода;  Б) использование утеротоников;  В) самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут;  Г) верно Б и В;  Д) все перечисленное.</p>	
<p>Раздел 8. Физиология репродуктивной системы, гинекологическая эндокринология  Раздел 9. Воспалительные заболевания женских половых органов  Раздел 10. Доброкачественные опухоли женских половых органов</p>	
<p>1. Нарушения в каких отделах нейроэндокринной системы могут претендовать на стартовую роль в патогенезе СПЯ?</p> <p>a. гипоталамо-гипофизарная система;  b. яичники;  c. надпочечники;  d. периферические инсулинчувствительные ткани;  e. варианты a, b, c;  f. варианты a, b, d;  g. все перечисленные.</p> <p>2. СПЯ является фактором риска развития всего перечисленного, кроме:</p> <p>a. бесплодие;  b. андрогензависимая дерматопатия;  c. нарушения углеводного обмена;  d. дислипидемия;  e. патология молочных желез;  f. сердечно-сосудистая патология;  g. гиперпластические процессы и рак эндометрия;  h. нарушение психического статуса.</p> <p>3. Наличие каких критериев определяет ановуляторный фенотип СПЯ?</p> <p>a. ановуляция;  b. гиперандрогения;  c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;  d. варианты a, b, c;  e. варианты a, b;  f. варианты b, c;  g. варианты a, c.</p> <p>4. Наличие каких критериев определяет неандрогенный фенотип</p>	

СПЯ?

- a. ановуляция;
- b. гиперандрогения;
- c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;
- d. варианты a, b, c;
- e. варианты a, b;
- f. варианты b, c;
- g. варианты a, c.

5. Наличие каких критериев определяет овуляторный фенотип СПЯ?

- a. ановуляция;
- b. гиперандрогения;
- c. поликистозная структура яичников по данным УЗИ;
- d. варианты a, b, c;
- e. варианты a, b;
- f. варианты b, c;
- g. варианты a, c.

6. Диагностика СПЯ у подростков основана на:

- a. результатах клинических проявлений гиперандрогении;
- b. результатах лабораторных проявлений гиперандрогении;
- c. оценки менструальной функции;
- d. оценки овуляторной функции;
- e. оценки морфологического строения яичников с помощью УЗИ;
- f. варианты a, c, d, e;
- g. варианты a, b, c, e;
- h. варианты a, c;
- i. все перечисленное.

7. Ультрасонографическими критериями поликистозных яичников являются:

- a. наличие  $\geq 25$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника  $\geq 10$  см<sup>3</sup> (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов);
- b. наличие  $\geq 20$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника  $\geq 10$  см<sup>3</sup> (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов);
- c. наличие  $\geq 15$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника  $\geq 10$  см<sup>3</sup> (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов);
- d. наличие  $\geq 10$  фолликулов диаметром 2-9 мм в любом яичнике и/или увеличение объема любого яичника  $\geq 10$  см<sup>3</sup> (при отсутствии желтого тела, кист или доминантных фолликулов).

8. Согласно модифицированной шкале Ферримана-Галлвея о клиническом гирсутизме свидетельствует сумма баллов, равная:

<p>a. <math>\geq 4-6</math>;</p> <p>b. <math>\geq 6-8</math>;</p> <p>c. <math>\geq 8-10</math>;</p> <p>d. <math>\geq 10-12</math>;</p> <p>e. <math>\geq 12-14</math>.</p> <p>9. У подростков в качестве клинического признака гиперандрогении рассматривается:</p> <p>a. акне;</p> <p>b. избыточный рост волос на теле и лице;</p> <p>c. выпадение волос на волосистой части головы;</p> <p>d. все перечисленное.</p> <p>10. Показателем абдоминального ожирения у женщин является окружность талии:</p> <p>a. более 75 см;</p> <p>b. более 80 см;</p> <p>c. более 85 см;</p> <p>d. более 90 см.</p> <p>11. Нормальное значение индекса свободных андрогенов (ИСА) у женщин репродуктивного периода соответствует:</p> <p>a. 0,8-11%;</p> <p>b. 0,6-11%;</p> <p>c. 0,4-11%;</p> <p>d. 0,2-11%.</p> <p>12. «Золотым стандартом» диагностики инсулинорезистентности (ИР) является:</p> <p>a. метод непрямого оценки ИР с помощью индекса НОМА;</p> <p>b. метод непрямого оценки ИР с помощью индекса Саго;</p> <p>c. эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест;</p> <p>d. внутривенный глюкозотолерантный тест.</p> <p>13. Об отсутствии овуляции свидетельствует уровень сывороточного прогестерона в середине лютеиновой фазы менструального цикла:</p> <p>a. менее 2 нг/мл;</p> <p>b. менее 3 нг/мл;</p> <p>c. менее 4 нг/мл;</p> <p>d. менее 5 нг/мл.</p> <p>14. Целями лечения СПЯ является:</p> <p>a. устранение проявлений андрогензависимой дерматопатии;</p> <p>b. нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений;</p> <p>c. регуляция менструального цикла для профилактики гиперплазии эндометрия;</p> <p>d. восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности;</p> <p>e. предупреждение поздних осложнений СПЯ;</p>	
--	--

<p>f. варианты a, d; g. варианты a, b, d; h. все перечисленное.</p> <p>15. У пациенток с СПЯ, нарушениями менструального цикла и клиническими проявлениями гиперандрогении в качестве терапии первой линии рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. комбинированные гормональные контрацептивы (КГК);</li><li>b. антиандрогены;</li><li>c. гестагены;</li><li>d. метформин;</li><li>e. кломифен.</li></ul> <p>16. Для контроля веса и улучшения метаболических исходов у женщин с СПЯ рекомендуется применять препарат «Метформин» при значении ИМТ:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. более 40 кг/м<sup>2</sup>;</li><li>b. более 35 кг/м<sup>2</sup>;</li><li>c. более 30 кг/м<sup>2</sup>;</li><li>d. более 25 кг/м<sup>2</sup>.</li></ul> <p>17. В качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия у пациенток с СПЯ рекомендуется использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. антагонисты ГнРГ;</li><li>b. агонисты ГнРГ;</li><li>c. кломифен;</li><li>d. гестагены.</li></ul> <p>18. Показаниями к проведению лапароскопии у женщин с СПЯ и бесплодием являются:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. резистентность к кломифен цитрату;</li><li>b. высокий уровень ЛГ;</li><li>c. эндометриоз;</li><li>d. трубно-перитонеальный фактор бесплодия;</li><li>e. варианты a, b;</li><li>f. варианты a, d;</li><li>g. все перечисленное.</li></ul> <p>19. Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) рекомендуется применять у женщин с СПЯ и бесплодием при:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. неэффективности стимуляции овуляции;</li><li>b. неэффективности лапароскопии;</li><li>c. сопутствующей патологии;</li><li>d. необходимости преимплантационной диагностики;</li><li>e. всем перечисленном.</li></ul> <p>20. У женщин с каким фенотипом СПЯ выше риски осложненного течения беременности?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. фенотип А (классический);</li><li>b. фенотип В (ановуляторный);</li><li>c. фенотип С (овуляторный);</li><li>d. фенотип D (неандрогенный).</li></ul>	
--	--

21. Наиболее точное определение аномального маточного кровотечения (АМК) следующее:

- а) - чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины;
- б) - маточное кровотечение, которое по своим характеристикам не укладывается в параметры нормального менструального цикла;
- в) – кровотечение из половых путей, не связанное с менструацией.
- г) - маточное кровотечение, чрезмерное по длительности, объему кровопотери и/или частоте;

22. Острое АМК это:

- а) кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, появившееся менее 3 месяцев назад;
- б) кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему и/или частоте, появившееся менее 6 месяцев назад;
- в) эпизод кровотечения, требующий немедленного вмешательства для предотвращения массивной кровопотери;
- г) всё перечисленное верно.

23. Аномальным маточным кровотечением можно считать менструации:

- а) с частотой менее 21 дня, продолжительностью более 8 дней, объемом более 80 мл;
- б) с частотой менее 24 дней, продолжительностью более 7 дней, объемом более 80 мл;
- в) с частотой менее 24 дней, продолжительностью более 8 дней, объемом более 80 мл;
- г) с частотой более 38 дней, продолжительностью более 7 дней, объемом более 60 мл;

24. Термином ОМК предлагается заменить устаревший термин

- а) ДМК;
- б) метроррагия;
- в) олигоменорея;
- г) меноррагия;

25. К категории С в классификации PALM-COEIN относится всё, кроме:

- а) болезни Виллебранда;
- б) болезни Бернара-Сулье;
- в) использования антикоагулянтов;
- г) болезни Верльгофа.

26. Категория PALM из классификации АМК FIGO (2011, 2018) включает всё, кроме

- а) полип эндометрия;
- б) рак эндометрия;
- в) эндометрит;
- г) аденомиоз.

27. Диагноз: АМК – Lo, M обозначает

<p>а) АМК, связанное с субмукозной миомой на ножке и гиперплазией эндометрия;</p> <p>б) АМК, связанное с субсерозной или интрамуральной миомой и гиперплазией эндометрия;</p> <p>в) АМК, связанное с субсерозной миомой и гиперплазией эндометрия;</p> <p>г) ничего из перечисленного.</p> <p>28. Обследование пациентки с АМК включает:</p> <p>а) общий анализ крови и коагулограмма;</p> <p>б) исследование ферритина сыворотки;</p> <p>в) исследование ХГч;</p> <p>г) верно все вышеперечисленное;</p> <p>д) верно а), б).</p> <p>29. Биопсию эндометрия необходимо проводить:</p> <p>а) у женщин с АМК старше 40 лет;</p> <p>б) при неэффективности медикаментозной терапии;</p> <p>в) при подозрении на очаговую патологию эндометрия;</p> <p>г) все перечисленное выше верно;</p> <p>д) верно - а), в).</p> <p>30. Для снижения кровопотери у женщин с АМК рекомендуется использовать транексамовую кислоту в дозе</p> <p>а) до 2-3 г/сут;</p> <p>б) до 3-4 г/сут;</p> <p>в) до 1-2 г/сут;</p> <p>г) до 5-6 г/сут.</p> <p>31. Рекомендуется назначение левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы</p> <p>а) у пациенток с острым АМК;</p> <p>б) у пациенток с ОМК;</p> <p>в) у пациенток с АМК на фоне миомы матки;</p> <p>г) у всех пациенток с АМК.</p> <p>32. Для лечения АМК рекомендуется всё, кроме:</p> <p>а) транексамовой кислоты;</p> <p>б) НПВС;</p> <p>в) прогестагенов с 5-го по 25-й день м.ц.;</p> <p>г) прогестагенов с 16 -го по 25 день м.ц.;</p> <p>д) агонистов ГнРГ;</p> <p>е) КОК;</p> <p>33. Для остановки острого АМК может быть использовано:</p> <p>а) транексамовая кислота;</p> <p>б) НПВС;</p> <p>в) КОК;</p> <p>г) прогестагены;</p> <p>д) всё вышеперечисленное;</p> <p>е) ничего из вышеперечисленного.</p>	
---	--

- |   |  |
|---|--|
| <p>34. При остром АМК госпитализация показана</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) во всех случаях;</li><li>б) при подозрении на наличие полипа эндометрия;</li><li>в) при подозрении на наличие миомы матки;</li><li>г) при АМК в подростковом возрасте;</li></ul> <p>35. Пациенткам с АМК в постменопаузе на фоне монофазного (непрерывного) комбинированного режима МГТ биопсия эндометрия показана:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) при толщине эндометрия <math>\geq 3</math> мм;</li><li>б) при толщине эндометрия <math>\geq 5</math> мм;</li><li>в) при толщине эндометрия <math>\geq 7</math> мм;</li><li>г) биопсия рекомендуется во всех случаях, независимо от толщины эндометрия;</li></ul> <p>36. Первичная аменорея это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций к возрасту 13 лет;</li><li>б) отсутствие менструаций при условии развития вторичных половых признаков в возрасте 15 лет;</li><li>в) отсутствие менструаций через 3 года после телархе;</li><li>г) правильно – б) ,в);</li><li>д) правильно – а), б), в).</li></ul> <p>37. Олигоменорея (с учетом данных FIGO) это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) длительность менструального цикла более 35 дней или частота менструаций менее 9 в год;</li><li>б) длительность менструального цикла более 38 дней или частота менструаций менее 9 в год;</li><li>в) длительность менструального цикла более 41 дня или частота менструаций менее 8 в год;</li><li>г) длительность менструации менее 4 дней или частота менструаций менее 9 в год;</li></ul> <p>38. Вторичная аменорея это:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) отсутствие менструаций в течение не менее 3 месяцев при ранее регулярном менструальном цикле;</li><li>б) отсутствие менструаций в течение не менее 9 месяцев при ранее нерегулярном менструальном цикле;</li><li>в) правильно а</li><li>г) правильно а и б</li></ul> <p>39. Синдром Шерешевского-Тернера проявляет себя</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) гипергонадотропной аменореей;</li><li>б) нормогонадотропной аменореей;</li><li>в) гипогонадотропной аменореей;</li><li>г) гиперпролактинемической аменореей.</li></ul> <p>40. Вторичная маточная аменорея развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) синдроме Шихана;</li><li>б) синдроме Ашермана;</li><li>в) синдроме Майера-Рокитанского;</li></ul> |  |
|---|--|

<p>г) синдроме нечувствительности к андрогенам.</p> <p>41. Первичная яичниковая аменорея развивается при</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера</li><li>б) синдроме нечувствительности к андрогенам</li><li>в) синдроме Свайера</li><li>г) синдроме Каллмана.</li></ul> <p>42. Дефекты ферментов 17-альфа-гидроксилазы и ароматзы могут приводить к развитию</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) функциональной гипоталамической аменореи;</li><li>б) первичной яичниковой аменореи;</li><li>в) гипофизарной аменореи;</li><li>г) аменореи на фоне ВДКН.</li></ul> <p>43. Для синдрома Свайера характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) гипогонадотропная аменорея;</li><li>б) нормогонадотропная аменорея;</li><li>в) гипергонадотропная аменорея;</li><li>г) ничего из вышеперечисленного.</li></ul> <p>44. Для функциональной гипоталамической аменореи характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, повышенных уровнях пролактина;</li><li>б) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина;</li><li>в) средний уровень продукции эстрогенов при нормальных или пониженных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина;</li><li>г) недостаточная продукция эстрогенов при нормальных или повышенных уровнях ФСГ, нормальных уровнях пролактина.</li></ul> <p>45. Первичная аменорея и отсутствие развития вторичных половых признаков свидетельствует о гипогонадизме и косвенно указывает на возможное наличие</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) гипогонадотропного гипогонадизма;</li><li>б) дисгенезии гонад;</li><li>в) наследственных дефектов стероидогенеза;</li><li>г) всего вышеперечисленного.</li></ul> <p>46. Оценка уровня ФСГ, ЛГ, пролактина и ТТГ рекомендуется</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) у пациенток с вторичной аменореей;</li><li>б) у пациенток с первичной аменореей;</li><li>в) у всех пациенток с аменореей;</li><li>г) у пациенток с аменореей и отсутствием развития вторичных половых признаков.</li></ul> <p>47. Цитогенетическое исследование (кариотип) рекомендуется пациенткам с</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) первичной аменореей;</li><li>б) гипергонадотропной аменореей;</li><li>в) отсутствием матки;</li><li>г) всё перечисленное верно;</li></ul>	
---	--

д) правильно – б) ,в);

48. Рекомендуется определять уровни общего тестостерона, ПССГ, ДГЭА-С и 17-гидроксипрогестерона пациенткам с

- а) гипогонадотропной аменореей;
- б) гипергонадотропной аменореей;
- в) нормогонадотропной аменореей;
- г) всё перечисленное верно;

49. Рекомендуется исследовать МПКТ пациенткам с

- а) гипогонадотропной аменореей;
- б) гипергонадотропной аменореей;
- в) нормогонадотропной аменореей;
- г) всё перечисленное верно;
- д) верно а), б).

50. Пациенткам с аменореей прогестагеновая проба рекомендуется в следующем виде:

- а) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или ди-дрогестерона по 20 мг/сут в течение 8 дней;
- б) прием микронизированного прогестерона по 400 мг/сут или ди-дрогестерона по 20 мг/сут в течение 10 дней;
- в) прием микронизированного прогестерона по 200 мг/сут или ди-дрогестерона по 10 мг/сут в течение 10 дней;
- г) пациенткам с аменореей прогестагеновая проба не рекомендуется;

51. Консультация специалиста психиатрического профиля рекомендуется пациенткам с

- а) первичной аменореей;
- б) функциональной гипоталамической аменореей;
- в) отсутствием матки;
- г) всё перечисленное верно;

52. Пациенткам с аменореей или олигоменореей, вызванной гиперпролактинемией, врач акушер-гинеколог может назначить каберголин

- а) в дозе 0,25-0,5 мг в сутки;
- б) в дозе 0,25-0,5 мг в неделю;
- в) в дозе 0,25-0,5 мг в неделю с возможным последующим увеличением дозы;
- г) в дозе 0,25-0,5 мг в неделю с возможным последующим увеличением дозы после консультации эндокринолога;

53. ЗГТ не показана пациенткам с

- а) синдромом Шерешевского-Тернера;
- б) функциональной гипоталамической аменореей;
- в) синдромом Свайера;
- г) синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера.

54. Для профилактики бесплодия у пациенток, матери которых имели раннюю менопаузу или ПНЯ с целью выявления субклинических форм заболевания на ранней стадии рекомендуется:

<p>а) оценивать уровень ФСГ каждые 6 месяцев;</p> <p>б) оценивать уровень ФСГ и АМГ один раз в год в течение 5 лет;</p> <p>в) оценивать уровень АМГ один раз в год в течение 5 лет;</p> <p>г) оценивать уровень АМГ и ингибина В один раз в год в течение 5 лет.</p> <p>55. Гонадэктомия рекомендуется при</p> <p>а) дисгенезии гонад с наличием в кариотипе Y-хромосомы;</p> <p>б) синдроме Свайера;</p> <p>в) синдроме полной нечувствительности к андрогенам (тестикулярной феминизации);</p> <p>г) всё перечисленное верно;</p>	
---	--

### 5.1.2. Перечень вопросов для собеседования:

<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Код компетенции, (согласно РПД)</b>
1. Болезни сердечно-сосудистой системы и беременность. Клиника, показания к прерыванию беременности. Диагностика, тактика ведения беременности.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5,
2. Гипертоническая болезнь и беременность. Осложнения, дифференциальная диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7,
3. Сахарный диабет и беременность. Осложнения беременности. Тактика ведения беременности	ОПК-8, ОПК-9, РПК-10,
4. Пиелонефрит и беременность	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7,
5. Гломерулонефрит и беременность.	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, П-14
6. Беременность у пациенток с терминальной почечной недостаточностью. Гемодиализ при беременности.	
7. Анемия беременных. Диагностика и лечение.	
8. Холестатический гепатоз при беременности. Диагностика, лечение, тактика.	
9. Острый жировой гепатоз при беременности.	
10. Кардиотокография - показания, правила проведения исследования	
11. Кардиотокография во время беременности	
12. Интерпретация КТГ в родах	
13. Ультразвуковое исследование во время беременности. Сроки проведения, возможности	
14. Методы пренатальной диагностики	
15. Гипертензивные расстройства при беременности. Преэклампсия. Диагностика, лечение, профилактика	
16. Выкидыш. Обследование, подготовка к беременности	
17. Привычное невынашивание беременности. Подготовка к беременности, ведение беременности.	
18. Истмико-цервикальная недостаточность. Причины, диагностика, методы коррекции	
19. Преждевременные роды. Диагностика, тактика ведения, профилактика	
20. Индукция родов. Показания, противопоказания. Методы	

21. Резус несовместимость при беременности. Гемолитическая болезнь плода.
22. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
23. Вращение плаценты. Классификация, диагностика, тактика
24. Многоплодная беременность.
25. Ведение родов в затылочном предлежании. Коинический протокол.
26. Ведение родов в тазовом предлежании.
27. Анатомически и клинически узкий таз
28. Аномалии родовой деятельности. Виды, диагностика, тактика, лечение.
29. Кровотечения в родах. Причины. Диагностика, лечение
30. Эмболия околоплодными водами
31. Разрывы матки. Причины, диагностика, тактика
32. Родовой травматизм - разрывы вульвы, влагалища, шейки матки
33. Дистоция плечиков.
34. Кесарево сечение. Показания, условия, техника выполнения
35. Медикаментозное прерывание беременности в ранних и поздних сроках
36. Акушерские щипцы, показания, условия, техника
37. Вакуум-экстракция, показания, условия, техника
38. Плодоразрушающие операции, показания, условия, техника.
39. Физиологическое течение послеродового периода
40. Послеродовой эндометрит. Клиника, диагностика, лечение.
41. Перитонит акушерский. Клиника, диагностика, лечение
42. Сепсис в акушерстве. Диагностика, лечение
43. Мастит. Клиника, диагностика, лечение.
44. ЗРП, методы диагностики, тактика, лечение
45. Внутриутробное инфицирование плода
46. Менструальный цикл и его регуляция
47. Нейроэндокринные гинекологические синдромы
48. Гиперпролактинемия. Диагностика, лечение.
49. Аномальные маточные кровотечения. Классификация, обследование, лечение.
50. Преждевременная недостаточность яичников
51. Климактерический синдром. Менопаузальная гормональная терапия
52. Альтернативные методы лечения климактерического синдрома
53. Генитоуринарный синдром
54. Синдром поликистозных яичников
55. Бесплодный брак
56. Современные методы контрацепции
57. Врожденная дисфункция коры надпочечников
58. Воспалительные заболевания женских половых органов
59. Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*
60. Урогенитальный трихомониаз
61. Аногенитальная вирусная герпетическая инфекция
62. Аногенитальные (венерические) бородавки
63. Хламидийная инфекция
64. Гонококковая инфекция

65. ВПЧ инфекция в гинекологии 66. Болезни бартолиновой железы 67. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища, вульвы 68. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки 69. Гиперпластические процессы эндометрия 70. Эндометриозная болезнь 71. Миома матки, клиника, диагностика, консервативное лечение 72. Миома матки, клиника, диагностика, показания для хирургического лечения 73. Доброкачественные опухоли яичников, Клиника, диагностика, лечение. 74. Трофобластическая болезнь 75. Полипы эндометрия 76. Рак шейки матки. Классификация, диагностика, лечение 77. Рак тела матки. Классификация, диагностика, лечение 78. Рак яичников. Классификация, диагностика, лечение	
--	--

## 5.1.3. Перечень тем рефератов:

Темы рефератов	Код компетенции, (согласно РПД)
1. Методы подготовки шейки матки к родам. 2. Особенности течения и ведения беременности при гиперандрогении. 3. Современные факторы риска акушерских кровотечений. 4. Дифференциальная диагностика акушерских кровотечений в III триместре беременности. 5. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах: классификация. Причины, дифференциальная диагностика, тактика врача, этапность лечения. 6. Опыт применения токолитиков в современном акушерстве. 7. Современные медикаментозные и немедикаментозные способы терапии невынашивания беременности. 8. Ювенильная беременность: влияние на мать, плод. Тактика врача. 9. Влияние внутриутробного инфицирования плода (ВУИ) на течение беременности, родов и перинатальную патологию. 10. Предлежание плаценты. Диагностика, тактика ведения беременности 11. Особенности ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода. Критерии показаний к плановому кесареву сечению. 12. Беременность и роды после трансплантации почек 13. Беременность у женщин с терминальной почечной недостаточностью 14. Инфекции мочевыводящих путей при беременности 15. Заболевания почек и беременность.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>16. Особенности ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.</li><li>17. Акушерские кровотечения (этиология, диагностика, профилактика и лечение).</li><li>18. ДВС-синдром в акушерстве (этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение).</li><li>19. Разрыв матки (этиология, классификация, лечение).</li><li>20. Кесарево сечение в современном акушерстве. Структура операций. Новые методики.</li><li>21. Состояние сердечно-сосудистой системы в постменопаузе.</li><li>22. Состояние костной системы в постменопаузе. Диагностика и лечение остеопороза</li><li>23. Эндометриоз в постменопаузе</li><li>24. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов исследования, возможные осложнения).</li><li>25. Терапия эндокринного бесплодия: методы стимуляции овуляции при различных формах, эффективность гормонотерапии, возможные побочные действия и осложнения (синдром гиперстимуляции яичников).</li><li>26. Синдром поликистозных яичников. Классификация. Современные представления о патогенезе различных форм. Диагностика, лечение.</li><li>27. Аномальные маточные кровотечения. Патогенез ановуляторных маточных кровотечений. Современные методы диагностики и лечения в зависимости от возраста больных.</li><li>28. Планирование семьи. Демографическая ситуация и особенности использования современных методов контрацепции в мире и России.</li><li>29. Неконтрацептивные эффекты гормональных препаратов: влияние на АД, коагуляцию, углеводный, липидный и минеральный обмен, массу тела, желудочно-кишечный тракт, риск развития опухолей.</li><li>30. Изменения у женщин репродуктивного возраста после тотальной овариэктомии.</li><li>31. Современные подходы к консервативному лечению миомы матки.</li><li>32. Сочетание дисгормональной патологии молочных желез с гинекологическими заболеваниями.</li><li>33. Постменопаузальный остеопороз. Современные подходы к лечению.</li><li>34. Эктопическая беременность.</li><li>35. Целесообразность сохранения функции яичников при оперативном лечении миомы матки.</li><li>36. Менопаузальная гормональная терапия при климактерическом синдроме.</li><li>37. Предменструальный синдром. Современные принципы терапии.</li><li>38. Современные теории этиологии и патогенеза злокачественных новообразований женских половых органов.</li></ol> |  |
|---|--|

<p>39. Методы диагностики злокачественных новообразований шейки матки.</p> <p>40. Современные методы лечения злокачественных новообразований яичников.</p> <p>41. Деонтологические аспекты работы врача в онкогинекологической клинике.</p> <p>42. Диагностика злокачественных новообразований наружных половых органов и влагалища.</p> <p>43. Клинические симптомы рака тела матки в возрастном аспекте. Алгоритм обследования.</p> <p>44. Клиника, диагностика и лечение злокачественных новообразований маточных труб.</p> <p>45. Туберкулез женских половых органов (патогенез, пути распространения, частота заболевания, классификация. Клиника, диагностика, лечение).</p> <p>46. Туберкулез женских половых органов (обоснование выбора лечебных режимов). Дифференциальное лечение.</p> <p>47. Туберкулез женских половых органов. Раннее выявление. Организация диспансерного учета, продолжительность лечения и наблюдения. Трудовая экспертиза.</p> <p>48. Преждевременное половое созревание по женскому типу.</p> <p>49. Нарушение полового развития в периоде полового созревания по типу "стертой" вирилизации.</p> <p>50. Задержка полового развития (центрального и яичникового генеза).</p> <p>51. Ювенильные маточные кровотечения.</p> <p>52. Аномалии развития половых органов. Современные методы диагностики, Особенности ведения беременности</p> <p>53. Нейроэндокринные нарушения репродуктивной системы.</p> <p>54. Гиперпролактинемия и нарушения репродуктивной функции.</p> <p>55. Системные изменения в организме при доброкачественных опухолях яичников.</p> <p>56. Климактерический синдром.</p> <p>57. Патология вульвы.</p> <p>58. Физиотерапия и лечебная физкультура в гинекологии.</p> <p>59. Физиотерапия и лечебная физкультура в акушерской практике (дородовая подготовка. Применение в послеродовый период).</p> <p>60. Беременность и гипертоническая болезнь.</p> <p>61. Миома матки и беременность.</p> <p>62. Профилактика фетоплацентарной недостаточности в женской консультации.</p>	
---	--

## **6. Критерии оценивания результатов обучения**

*Для экзамена*

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессио-	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			нальным задачам	
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

*Для тестирования:*

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

*Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»*

Разработчик(и):

Каткова Надежда Юрьевна, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО  
ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н.

Гусева Ольга Игоревна, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФДПО  
ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н.

Дата «27» февраля 2023г.