

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе

ФГБОУ ВО ЛГМУ

им. Свт. Луки Минздрава России



Ю.Г. Пустовой

« 28 »

июня

2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Направление подготовки в аспирантуре – 31.06.01 Клиническая медицина

Научная специальность - 3.1.4. Акушерство и гинекология

Форма обучения – очная

Семестр – I-VI

Лекции – 54 часа

Практические/семинарские занятия – 54 часа

Самостоятельная (внеаудиторная) работа – 108 часов

Кандидатский экзамен – 36 часов

Всего часов – 252 часа

Всего зачетных единиц трудоемкости – 7

СОГЛАСОВАНА

Специалист 1 категории по
учебно-методической
работе

(подготовка научных
и научно-педагогических
кадров в аспирантуре)



И.С. Волошина

Луганск - 2024 г.

Рабочая программа дисциплины Акушерство и гинекология разработана в соответствии с Федеральными государственными требованиями, утверждёнными приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.10.2021 №951, педагогическими работниками кафедры.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Гордиенко Елена Валентиновна	к.мед.н., доцент	и.о. зав. кафедрой акушерства и гинекологии
2	Удовика Наталья Алексеевна	к.мед.н., доцент	доцент кафедры акушерства и гинекологии

Рабочая программа дисциплины Акушерство и гинекология рассмотрена и одобрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии (Протокол № 11 от 28.06.2024).

и.о. заведующего кафедрой  доцент Е.В. Гордиенко

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
1. Цель и задачи изучения дисциплины.....	4
2. Объем дисциплины по видам учебной работы.....	4
3. Содержание дисциплины	4
4. Учебно-тематический план дисциплины	13
5 Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся.....	16
6 Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.....	22
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	170
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины	174
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины	174
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине	175

1. Цель и задачи изучения дисциплины

Цель изучения дисциплины - углубленное изучение наиболее важных и актуальных теоретических и практических вопросов, охватываемых паспортом научной специальности 3.1.4 - акушерство и гинекология; приобретение навыков самостоятельного научного исследования; использование научных методов и средств для решения теоретических и прикладных задач научной специальности.

Задачи дисциплины.

1. Формирование у аспиранта набора компетенций, необходимых для занятий научно-исследовательской, научно-педагогической и научно-методической деятельностью.

2. Углубление и расширение теоретических знаний аспиранта по акушерству и гинекологии.

3. Овладение методами и средствами научного исследования в области акушерства и гинекологии

4. Работа с научной литературой с использованием новых информационных технологий.

5. Систематизация знаний, умений и навыков в акушерстве и гинекологии.

2. Объем дисциплины по видам учебной работы

Таблица 1

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по полугодиям					
			1	2	3	4	5	6
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий:		108	18	18	18	18	18	18
Лекционное занятие (Л)		54	8	10	8	10	10	8
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)		54	10	8	10	8	8	10
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации		108	18	18	18	18	18	18
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э), Кандидатский экзамен (КЭ)		КЭ 36	3	3	3	3	3	КЭ 36
Общий объем	в часах	252	36	36	36	36	36	72
	в зачетных единицах	7	1	1	1	1	1	2

3. Содержание дисциплины

Раздел 1.

Тема 1.1. Основы законодательства в области охраны здоровья. Концепция реформирования здравоохранения в современных условиях.

(Вопросы: Правовое регулирование отношений медицинских работников и пациентов. Понятие о дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и уголовной ответственности медработников. Предупреждение насилия в семье: виды насилия, поведения, законодательство о предупреждении насилия в семье).

Тема 1.2. Пропаганда здорового образа жизни. Санитарно-просветительная работа.

Тема 1.3. Санитарно-противоэпидемический режим. Инфекционный контроль (Вопросы: современное действующее законодательство по вопросам санитарно-эпидемического режима лечебно-профилактических учреждений; методика обработки рук медицинского персонала - методики приготовления дезинфицирующих средств; расчет количества дезинфицирующих средств для выполнения соответствующих работ; алгоритм действия медицинского персонала при обнаружении пациентов с подозрением на инфекционное заболевание).

Тема 1.4. Техника безопасности: нормативные документы по охране труда (юридический аспект); охрана труда в медицине; правила пожарной безопасности в лечебно-профилактическом учреждении.

Тема 1.5. Основы профессиональной этики. Особенности психологических взаимоотношений в лечебно-профилактических учреждениях (Вопросы: понятие о профессиональном эмоциональное выгорание и его психологическая коррекция, психологические особенности пациентов разных возрастных групп, психологический аспект взаимодействия между медицинским персоналом в лечебно-профилактическом учреждении).

Тема 1.6. Современные принципы медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях и катастрофах. Неотложная медицинская помощь (Вопросы: наложение повязок и шин; транспортировка в лечебно-профилактическое учреждение; восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей; методика проведения ИВЛ (аппаратные и безаппаратные); методы сердечно-легочной реанимации).

Раздел 2.

Тема 2.1. Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Сведения о развитии службы (вопросы: Федеральный государственный образовательный стандарт по специальности «Акушерство и гинекология». Государственная система охраны материнства и детства. Социально-правовая помощь матери и ребенку. Пропаганда прав матери и ребенка).

Тема 2.2. Государственные программы. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, клинические протоколы, основные приказы, постановления, регламентирующие работу родовспомогательных учреждений.

Тема 2.3. Структура родовспомогательных учреждений. Организация обслуживания беременных. (Вопросы: понятие о первичной медико-

санитарной помощи (ПМСП). ПМСП в работе акушера-гинеколога. Женская консультация. Фельдшерско-акушерский пункт. Структура, организация работы и основные задачи. Оценка деятельности женской консультации. Организация обслуживания беременных: выявление, учет, обслуживание, динамическое диспансерное наблюдение, диагностика акушерской и экстрагенитальной патологии, обследование беременных «групп риска», физиопсихопрофилактическая подготовка беременных, патронаж, трудоустройство, охрана прав матери. Приказы, регламентирующие работу процедурных и прививочных кабинетов. Структура родильного стационара: приемно-пропускное отделение, отделение патологии беременных, родильно-операционное отделение. Перинатальный центр. Гинекологическое отделение. Отделение экстренной и неотложной медицинской помощи ургентной больницы. Учреждения третьего уровня для оказания высокотехнологичной медицинской помощи).

Тема 2.4. Фетоплацентарный комплекс. Антенатальная охрана плода. (Вопросы: Современное учение об оплодотворении и развитии плодного яйца. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины, околоплодные воды. Критические периоды в течении беременности, их значение. Влияние различных факторов внешней и внутренней среды на эмбриогистоорганогенез. Врожденные и наследственные болезни. Роль и программа прегравидарной подготовки. Работа женских консультаций, медсанчастей и фельдшерско-акушерских пунктов по предупреждению внутриутробных поражений плода. Мероприятия, проводимые с целью антенатальной охраны плода в России).

Тема 2.5. Анатомия и физиология женских половых органов. Физиологические процессы в организме женщины в различные периоды ее жизни (Вопросы: Периоды жизни женского организма. Основные медицинские, социальные и поведенческие особенности в каждом периоде. Менархе. Менопауза. Понятие геронтологии. особенности оказания помощи больным пожилого возраста; особенности и надзор за людьми пожилого возраста; фармакотерапия геронтологических больных; клиника и диагностика заболеваний вульвы, матки и яичников.)

Тема 2.6. Курация пациентки в акушерстве и гинекологии: цель, разделы курации. Оценка общего состояния пациента и локального статуса. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. (Вопросы: Инструментальные методы исследования. Кольпоскопия, зондирование полости матки, гистероскопия. Биопсия: эндометрия методом аспирации. Биопсия шейки матки путем иссечения скальпелем, конхотомом, электропетлей. Пункция брюшной полости через влагалищный свод или через брюшную стенку. Взятие мазков из уретры, цервикального канала, сводов влагалища. Цистоскопия. Ректоскопия. Ультразвуковое исследование. Обследование молочных желез. Определение срока беременности, даты декретного отпуска, предполагаемой даты родов). Понятие о диагнозе (виды диагноза), принципах лечения, профилактики, прогнозирования, реабилитации. Медицинская статистика в акушерстве и гинекологии.

Медицинские экспертные комиссии, оценка трудоспособности.

Раздел 3.

Тема 3.1. Течение и ведение нормальной беременности. Антенатальный уход (Вопросы: Скрининговые программы по выявлению отклонений от нормального течения беременности. Методы оценки состояния плода до начала родов. Психосоциопротекция и подготовка к родам. Активный патронаж).

Тема 3.2. Малые симптомы беременности (Вопросы: Другие состояния в первой половине беременности (ОРЗ. Геморрой. Запоры. Глистная инвазия. Отравление. Аллергические реакции. Фармакотерапия при беременности. Ультразвук и его действие на плод).

Тема 3.3. Классификация родов по срокам, по началу, по клиническому течению. Коды по действующей МКБ. Течение родов. Биомеханизмы родов при сгибательных головных предлежаниях (Вопросы: Плод как объект родов. Таз с акушерской точки зрения. Диагностика родов. Методы диагностики расположения плода в матке (положение, позиция, вид позиции, предлежание, членорасположение). Клиническое течение и ведение неосложненных родов. Партограмма. Оценка состояния плода в родах. Современные принципы обезболивания родов. Тепловая цепочка. Первичный туалет новорожденного).

Тема 3.4. Нормальный послеродовой период и его ведение (Вопросы: Длительность послеродового периода, процессы в организме роженицы, доминанты материнства. Лактация. Состояние психики в послеродовом периоде. Санитарно-просветительная работа в послеродовом отделении).

Раздел 4.

Тема 4.1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного (Вопросы: Особенности развития ребенка в период новорожденности (антропометрические данные, обменные процессы, органы дыхания, пищеварения, кровообращения; кожные покровы и слизистые, костная и мышечная система, их особенности, центральная нервная система). Физиологическое падение веса, причины, длительность, количество. Физиологическая желтуха, транзиторная лихорадка, мочекишечный инфаркт почек, половой криз (причины, уход). Особенности иммунитета).

Тема 4.2. Уход за новорожденным (Вопросы: Первичная обработка новорожденного. Организация кормления. Затруднения во время кормления со стороны матери и ребенка. Вскармливание. Особенности подмывания девочек и мальчиков. Методика ухода за пуповинным остатком и пупочной

ранкой. Вакцинация против туберкулеза, хранение вакцины, противопоказания, техника по Кальмету).

Раздел 5.

Тема 5.1. Гипертензивные расстройства при беременности. Поздние гестозы беременных. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов. Холестаз беременных (Вопросы: Причины, классификация, диагностика, проблема и риски. Атипичные формы: HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени. Диагностика, тактика, родоразрешение. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов (атипичный гемолитико-уремический синдром и др.. Профилактика гестозов беременных. Холестаз беременных).

Тема 5.2. Преждевременные роды. Переношенная беременность (Вопросы: Проблемы преждевременных и запоздалых родов. Приоритеты помощи при преждевременных родах. Тактика при переношенной беременности. Понятие индуцированных и плановых родов. Применение гормонов для родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности).

Тема 5.3. Беременность и роды при тазовом предлежании плода (Вопросы: Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Пособия при родах в тазовом предлежании (Цовьянов 1, Цовьянов 2). Ручное пособие по рождению плечиков и головки плода. Экстракция плода за ножку и тазовый конец. Наружный поворот плода на головку).

Тема 5.4. Резус-конфликт при беременности (Вопросы: Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Диагностика. Тактика. Прогноз. Современные методы лечения Профилактика).

Тема 5.5. Многоплодная беременность (Вопросы: причины, классификация, проблемы. Диагностика. Осложнения. Ведение. Родоразрешение. Последствия для плодов).

Тема 5.6. Родовой травматизм (узкий таз; неправильные положения плода; разгибательные головные предлежания). Клинически узкий таз. (Вопросы: Диагностика обтурационных родов, тактика. Разгибательные головные предлежания. Биомеханизм родов при разгибательных головных предлежаниях плода. Внутренний поворот головки плода. Неправильные положения плода: диагностика. Наружный поворот плода. Родоразрешение при неправильных положениях плода).

Тема 5.7. Патология сократительной деятельности матки в родах (Вопросы: Диагностика. Быстрые и стремительные роды. Усталость

роженицы. Тактика ведения родов при несвоевременном излитии вод. Приоритеты помощи при внегоспитальных родах).

Тема 5.8. Акушерские кровотечения (классификация 4 буквы «Т»). (Вопросы: Понятие и определение физиологической, пограничной и массивной кровопотери в родах. Реакция организма на кровопотерю (гиповолемический шок). ДВС-синдром. Последовательность мероприятий при оказании помощи при кровотечениях в зависимости от причин, их вызывающих. Нетранспортабельность беременных и родильниц при кровотечениях. Выявление контингента беременных угрожаемых по кровотечению, обеспечение их дородовой госпитализацией во врачебные стационары. Методы обследования системы свертывания крови. Рациональное ведение родов. Определение резус-принадлежности и группы крови всем женщинам во время беременности. Обеспечение постоянного наличия систем для переливания крови, а также постоянного запаса кровозаменителей, препаратов крови. Наличие списка резервных доноров. Схема вызова ургентной бригады, постоянное дежурство, транспортировка. Переливание крови и кровозаменяющих растворов в акушерстве. Правила проведения гемотрансфузии. Значение резус-фактора в акушерстве).

Тема 5.9. Акушерские операции второй половины беременности (Вопросы: Подготовка к операциям. Асептика и антисептика. Операции, подготавливающие родовые пути. Родоразрешающие операции. Кесарево сечение: техника по Старк, Дерфлеру, Пфаннештиллю. Наложение вакуум-экстрактора, акушерских выходных щипцов).

Тема 5.10. Послеродовые гнойно-септические заболевания (Вопросы: Акушерский перитонит. Тромбофлебит. Септический эндокардит. Сепсис. Септический шок. Причины, патогенез, клиника, диагностика, тактика. Показания к оперативному лечению. Особенности операции при гнойном процессе в малом тазу. Профилактика. Реабилитация).

Раздел 6.

Тема 6.1. Понятие о перинатальной смертности и заболеваемости (Вопросы: Структура по нозологическим единицам. Меры по снижению перинатальной смертности и заболеваемости. Значение этих показателей в смертности детей до года. Профилактика заболеваемости новорожденных).

Тема 6.2. Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного. РДС-синдром. Выхаживание (Вопросы: Характеристика антропометрических данных по степеням недоношенности. Шкала Сельвирмана. Профилактика охлаждения недоношенного ребенка в родильном зале, тепловой режим после рождения. Выхаживание

недоношенных детей. Внутрижелудочковые кровотечения. Гиалиновые мембраны. Инкубаторы. Вскармливание. Выхаживание на втором этапе. Метод кенгуру. Критерии выписки. Патронаж. Беседа с матерью об уходе).

Тема 6.3. Ведение детей, родившихся в асфиксии и с родовыми травмами (Вопросы: Асфиксия: причины, оценка по шкале Апгар. Реанимация и интенсивная терапия. Понятие «родовая травма», родовая опухоль и кефалогематома. Внутричерепные родовые травмы. Переломы ключицы, бедренной и плечевой кости. Повреждения периферической нервной системы).

Тема 6.4. Неонатальные скрининги. Заболевания периода новорожденности (Вопросы: гемолитическая болезнь новорожденных, мелена, пупочные кровотечения. Врожденные пороки развития. Хромосомные аномалии. Скрининга на муковисцидоз, фенилкетонурию, галактоземию, врожденный гипотиреоз, аденогенитальный синдром).

Тема 6.5. Инфекционные заболевания новорожденных и грудных детей. Источники инфекции и пути заражения (Вопросы: Пиодермия, пузырчатка, омфалит (клиника, лечение, уход). Сепсис. Внутриутробные инфекции. Краснуха, герпес, сифилис, токсоплазмоз, СПИД, Рожа, столбняк, дифтерия носа, зева, пупка (профилактика, уход, лечение). Критерии ранней диагностики, особенности ухода, лечения. Дизентерия. Коклюш, ветряная оспа, скарлатина, менингококковая инфекция (пути заражения, инкубационный период, особенности течения, профилактика, лечение, уход, сроки изоляции).

Раздел 7.

Тема 7.1. Физиология менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы (Вопросы: Органы мишени. Гормоны половые. Гормоны регуляторные. Уровни регуляции менструального цикла. Половое созревание девочки. Дисгормонозы. Проявления. Коррекция. Последствия).

Тема 7.2. Олиго/аменорея: причины, диагностика, лечение, перспективы для репродуктивной функции.

Тема 7.3. Аномальные маточные кровотечения: классификация PALM-SOEFJN: причины, осложнения, тактика ведения (Вопросы: Алгоритм диагностики, дифференциальный диагноз. Тактика в зависимости от причины аномальных маточных кровотечений. Постгеморрагическая железодефицитная анемия. Лечение. Гемотрансфузия.).

Тема 7.4. Аномалии развития и положения женских половых органов (Вопросы: причины, методы диагностики и хирургического лечения врожденных пороков развития гениталий.. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Опушение и выпадение влагалища и матки. Цистоцеле и ректоцеле. Диагностика и терапия (консервативная и оперативная). Значение лечебной физкультуры, в т. ч. в послеоперационном периоде. Методы профилактики выпадения половых органов. Оценка потребностей в сестринском уходе).

Тема 7.5. Детская гинекология. Обследование женщин, которые не

ведут половую жизнь. Вопросы этики и деонтологии (Вопросы: основные проблемы, причины, методика обследования девочек.. Гигиена девочек. Воспитание девочек).

Тема 7.6. Аборты / прерывание беременности до 22 недель (Вопросы: классификация (артифициальные, самопроизвольные, по медицинским показаниям, криминальные). Методы проведения искусственного прерывания беременности, возможные осложнения. Прерывание беременности по медицинским показаниям. Способы прерывания беременности: медикаментозные, хирургические. Простагландины. Понятие, применение их для прерывания различных сроков беременности. Самопроизвольный аборт. Стадии. Ведение неполного и септического аборта. Оценка состояния больной при данной патологии. Привычное невынашивание. Причины, тактика, профилактика).

Тема 7.7. Эндометриоз: понятие, причины, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Тема 7.8. Воспалительные гинекологические заболевания неспецифической и специфической этиологии (Вопросы: Возбудители заболеваний. Пути инфицирования, распространения возбудителя. Классификация воспалительных заболеваний. Признаки острого и хронического воспалительного процесса. Гонорея. Трихомоноз. Туберкулез. Методы диагностики. Лечение общее и местное. Зависимость эффективности лечения от одновременного лечения полового партнера. Критерии излеченности. Профилактика. Диспансеризация).

Тема 7.9. Доброкачественные новообразования женских половых органов (Вопросы: Определение, классификация. Эпителиальные опухоли. Опухоли из мышечной ткани, из соединительной ткани. Смешанные опухоли. Гормонопродуцирующие опухоли. Ретенционные кисты. Кистомы яичников (характеристика, симптомы, диагностика, осложнения, лечения). Фибромиома матки. Этиопатогенез. Симптомы. Диагноз. Осложнения. Лечение. Миома и беременность).

Тема 7.10. Фоновые заболевания женских половых органов (Вопросы: Понятие о предраке. Предраковые заболевания наружных половых органов, влагалища, шейки матки, тела матки, маточных труб, яичников (этиология, клиника, лечение). Рак наружных половых органов, рак и саркома влагалища, рак шейки матки, тела матки (ранняя диагностика, клиника, лечение). Злокачественные новообразования яичников. Рак маточных труб (клиника, диагностика, лечение). Хорионэпителиома, клиника, диагностика, лечение. Массовые профилактические гинекологические осмотры женщин. Санитарно-просветительная работа).

Тема 7.11. «Острый живот» в гинекологии (Вопросы: Гинекологические заболевания, которые сопровождаются «острым животом». Анамнез и методы обследования больных с «острым» животом. Тактика на догоспитальном и госпитальном этапе. Система организации средств связи и транспорта. Показания к транспортировке больных. Травмы

женских половых органов).

Тема 7.12. Мастопатия. Рак молочной железы.

Тема 7.13. Бесплодный брак (Вопросы: социальная значимость. Мужское и женское бесплодие. Первичное и вторичное женское бесплодие. Методика обследования больных с данной патологией. Бесплодие неустановленного генеза. Клинический протокол ведения бесплодия в супружестве. Вспомогательные репродуктивные технологии. Усыновление (опекунство).

Тема 7.14. Консервативные методы лечения гинекологических больных (Вопросы: Фармакологическое лечение и уход за больными. Лечебные физические факторы (естественные и искусственные). Режим больной. Применение льда, согревающих компрессов, грелок. Спринцевания. Влагиалищные орошения. Тампоны. Клизмы, их виды, техника. Кровоостанавливающие средства, обезболивающие, сульфаниламиды, антибиотики. Иммуноterapia, применение вакцин и сывороток. Протеинотерапия. Аутогемотерапия. Кровозаменяющие жидкости. Гормональные препараты. Показания к применению. Климатотерапия, Солнечные ванны. Водолечение. Грязелечение, парафино и озокеритолечение в лечебных учреждениях. Электротерапия. Электроферез. Индуктотерапия. Электросон. Электроанальгезия. Электрокоагуляция. Механизм действия. Светолечение. Рефлектор, лампа Минина, соллюкс, ртутнокварцевая лампа. Иглоукалывание. Техника безопасности. Санаторно-курортные факторы в лечении гинекологических больных. Лечебная гимнастика и массаж. Гирудотерапия. Апитерапия. Ароматерапия. Показания и противопоказания. Диспансерное наблюдение за гинекологическими больными).

Тема 7.15. Хирургические методы лечения гинекологических больных (Вопросы: Подготовка к операции. Обезболивание, виды наркоза. Асептика и антисептика в гинекологии с учетом современных требований. Подготовка операционной, перевязочного материала, хирургических инструментов. Виды наркоза (местный, эндотрахеальный, внутривенный). Спинномозговая, перидуральная, инфильтрационная и проводниковая анестезия. Показания и противопоказания. Осложнения. Влагиалищные операции, пластические, в т. ч. на шейки матки, удаление матки через влагиалище и особенности подготовки 2 к ним больных. Чревосечение по поводу кисты, миомы, внематочной беременности. Операции по поводу заболеваний придатков матки (удаление матки и придатков), особенности подготовки больной. Сестринский процесс при уходе за операционными гинекологическими больными).

Тема 7.16. Общие требования, предъявляемые к хранению лекарственных средств в отделениях, подразделениях лечебно-профилактических учреждений. (Вопросы: Список «А» (ядовитые лекарственные средства). Правила выписки, хранения, учета наркотических средств. Журнал учета наркотиков. Правила записи в истории болезни о

введении наркотического средства, требования к сдаче дежурной медицинской сестрой по смене пустых и неиспользованных ампул. Понятие о номенклатуре некоторых наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту»).

Тема 7.17. Контрацепция.

4. Учебно-тематический план дисциплины

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов					Форма контроля
		Всего	Ауд	Л	СПЗ	СР	
	Полугодие 1	36	18	8	10	18	3
Раздел 1	Система и политика здравоохранения в Российской Федерации. Вопросы общей медицины	12	6	2	4	6	
Тема 1.1	Основы законодательства в области охраны здоровья. Концепция реформирования здравоохранения в современных условиях.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 1.2	Пропаганда здорового образа жизни. Санитарно-просветительная работа.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 1.3	Санитарно-противоэпидемический режим. Инфекционный контроль.	2	1	-	1	1	Текущий контроль
Тема 1.4	Техника безопасности: нормативные документы по охране труда (юридический аспект); охрана труда в медицине; правила пожарной безопасности в лечебно-профилактическом учреждении	2	2	1	1	-	Текущий контроль
Тема 1.5	Основы профессиональной этики. Особенности психологических взаимоотношений в лечебно-профилактических учреждениях.	2	2	1	1	-	Текущий контроль
Тема 1.6	Современные принципы медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях и катастрофах. Неотложная медицинская помощь.	2	1	-	1	1	Текущий контроль
Раздел 2	Общие вопросы акушерства и гинекологии.	24	12	6	6	12	
Тема 2.1	Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Сведения о развитии службы.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 2.2	Государственные программы. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, клинические протоколы, основные приказы, постановления, регламентирующие работу	2	-	-	-	2	Текущий контроль

	родовспомогательных учреждений.						
Тема 2.3	Структура родовспомогательных учреждений. Организация обслуживания беременных.	4	2	2	-	2	Текущий контроль
Тема 2.4	Фетоплацентарный комплекс. Антенатальная охрана плода.	6	4	4	-	2	Текущий контроль
Тема 2.5	Анатомия и физиология женских половых органов. Физиологические процессы в организме женщины в различные периоды ее жизни.	6	4	-	4	2	Текущий контроль
Тема 2.6	Курация пациентки в акушерстве и гинекологии: цель, разделы курации. Оценка общего состояния пациентки и локального статуса. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	4	2	-	2	2	Текущий контроль
	Полугодие 2						3
Раздел 3	Нормальная беременность и роды.	30	15	9	6	15	
Тема 3.1	Течение и ведение нормальной беременности. Антенатальный уход.	9	4	2	2	5	Текущий контроль
Тема 3.2	Малые симптомы беременности.	6	2	2	-	4	Текущий контроль
Тема 3.3	Классификация родов по срокам, по началу, по клиническому течению. Коды по действующей МКБ. Течение родов. Биомеханизмы родов при сгибательных головных предлежаниях.	11	7	3	4	4	Текущий контроль
Тема 3.4	Нормальный послеродовой период и его ведение.	4	2	2	-	2	Текущий контроль
Раздел 4	Неонатология физиологическая.	6	3	1	2	3	
Тема 4.1	Анатомо-физиологические особенности новорожденного	3	2	1	1	1	Текущий контроль
Тема 4.2	Уход за новорожденным.	3	1	-	1	2	Текущий контроль
	Полугодие 3						3
Раздел 5	Патологическое акушерство.	30	15	6	9	15	
Тема 5.1	Гипертензивные расстройства при беременности. Поздние гестозы беременных. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов. Холестаз беременных.	8	5	2	3	3	Текущий контроль
Тема 5.2	Преждевременные роды. Переношенная беременность.	8	4	2	2	4	Текущий контроль
Тема 5.3	Беременность и роды при тазовом предлежании плода.	8	4	1	3	4	Текущий контроль
Тема 5.4	Резус-конфликт при беременности.	6	2	1	1	4	Текущий контроль

Раздел 6	Проблемы неонатологии.	6	3	2	1	3	
Тема 6.1	Понятие о перинатальной смертности и заболеваемости.	1	-	-	-	1	Текущий контроль
Тема 6.2	Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного. РДС-синдром. Выхаживание.	1	1	1	-	-	Текущий контроль
Тема 6.3	Ведение детей, родившихся в асфиксии и с родовыми травмами.	1	1	1	-	-	Текущий контроль
Тема 6.4	Неонатальные скрининги. Заболевания периода новорожденности.	1	-	-	-	1	Текущий контроль
Тема 6.5	Инфекционные заболевания новорожденных и грудных детей. Источники инфекции и пути заражения.	2	1	-	1	1	Текущий контроль
	Полугодие 4						3
Раздел 5	Патологическое акушерство.	36	18	10	8	18	
Тема 5.5	Многоплодная беременность.	6	3	2	1	3	Текущий контроль
Тема 5.6	Родовой травматизм (узкий таз; неправильные положения плода; разгибательные головные предлежания). Клинически узкий таз.	6	4	2	2	2	Текущий контроль
Тема 5.7	Патология сократительной деятельности матки в родах.	6	2	1	1	4	Текущий контроль
Тема 5.8	Акушерские кровотечения (классификация 4 буквы «Т»).	6	4	2	2	2	Текущий контроль
Тема 5.9	Акушерские операции второй половины беременности.	6	3	1	2	3	Текущий контроль
Тема 5.10	Послеродовые гнойно-септические заболевания.	6	2	2	-	4	Текущий контроль
	Полугодие 5						3
Раздел 7	Гинекология. Часть 1.	36	18	8	10	18	
Тема 7.1	Физиология менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы.	6	3	1	2	3	Текущий контроль
Тема 7.2	Олиго/аменорея: причины, диагностика, лечение, перспективы для репродуктивной функции.	6	3	2	1	3	Текущий контроль
Тема 7.3	Аномальные маточные кровотечения: классификация PALM-COEJN: причины, осложнения, тактика ведения.	12	7	4	3	5	Текущий контроль
Тема 7.4	Аномалии развития и положения женских половых органов.	6	3	1	2	3	Текущий контроль
Тема 7.5	Детская гинекология. Обследование женщин, которые не ведут половую жизнь. Вопросы этики и деонтологии.	2	1	-	1	1	Текущий контроль
Тема 7.6	Аборты / прерывание беременности до 22 недель	4	1	-	1	3	Текущий контроль
	Полугодие 6						3

Раздел 7	Гинекология. Часть 2.	12	6	2	4	6	
Тема 7.7	Эндометриоз: понятие, причины, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.	2	2	-	2	-	Текущий контроль
Тема 7.8	Воспалительные гинекологические заболевания неспецифической и специфической этиологии.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 7.9	Доброкачественные новообразования женских половых органов.	2	1	-	1	1	Текущий контроль
Тема 7.10	Фоновые заболевания женских половых органов.	2	2	1	1	-	Текущий контроль
Тема 7.11	«Острый живот» в гинекологии.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 7.12	Мастопатия. Рак молочной железы.	2	1	1	-	1	Текущий контроль
Раздел 7	Гинекология. Часть 3	24	12	8	4	12	
Тема 7.13	Бесплодный брак.	6	2	2	-	4	Текущий контроль
Тема 7.14	Консервативные методы лечения гинекологических больных.	6	4	2	2	2	Текущий контроль
Тема 7.15	Хирургические методы лечения гинекологических больных.	6	4	3	1	2	Текущий контроль
Тема 7.16	Общие требования, предъявляемые к хранению лекарственных средств в отделениях, подразделениях лечебно-профилактических учреждений.	2	-	-	-	2	Текущий контроль
Тема 7.17	Контрацепция.	4	2	1	1	2	Текущий контроль
	КАНДИДАТСКИЙ ЭКЗАМЕН	36	36				КЭ
	Общий объем	252	144	54	54	108	

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа может включать: работу с текстами, литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами сети интернет, а также проработку конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях и пр.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 3

Номер раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1	Система и политика	

	здравоохранения в Российской Федерации. Вопросы общей медицины.	
1.1.	Основы законодательства в области охраны здоровья. Концепция реформирования здравоохранения в современных условиях.	Правовое регулирование отношений медицинских работников и пациентов. Понятие о дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и уголовной ответственности медработников. Предупреждение насилия в семье: виды насилия, поведения, законодательство о предупреждении насилия в семье. (2 часа)
1.2.	Пропаганда здорового образа жизни. Санитарно-просветительная работа.	Пропаганда здорового образа жизни. Санитарно-просветительная работа. (2 часа)
1.3.	Санитарно-противоэпидемический режим. Инфекционный контроль.	Современное действующее законодательство по вопросам санитарно-эпидемического режима лечебно-профилактических учреждений; методика обработки рук медицинского персонала - методики приготовления дезинфицирующих средств; расчет количества дезинфицирующих средств для выполнения соответствующих работ; алгоритм действия медицинского персонала при обнаружении пациентов с подозрением на инфекционное заболевание. (1 час)
1.6.	Современные принципы медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях и катастрофах. Неотложная медицинская помощь.	Наложение повязок и шин; транспортировка в лечебно-профилактическое учреждение; восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей; методика проведения ИВЛ (аппаратные и без аппаратные); методы сердечно-легочной реанимации. (1 час)
2	Общие вопросы акушерства и гинекологии.	
2.1.	Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Сведения о развитии службы.	Федеральный государственный образовательный стандарт по специальности «Акушерство и гинекология». Государственная система охраны материнства и детства. Социально-правовая помощь матери и ребенку. Пропаганда прав матери и ребенка. (2 часа)
2.2.	Государственные программы. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, клинические протоколы, основные приказы, постановления, регламентирующие работу родовспомогательных учреждений.	Государственные программы. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, клинические протоколы, основные приказы, постановления, регламентирующие работу родовспомогательных учреждений. (2 часа)
2.3.	Структура родовспомогательных учреждений. Организация обслуживания беременных.	Организация обслуживания беременных: выявление, учет, обслуживание, динамическое диспансерное наблюдение, диагностика акушерской и экстрагенитальной патологии,

		обследование беременных «групп риска», физиопсихопрофилактическая подготовка беременных, патронаж, трудоустройство, охрана прав матери. (2 часа)
2.4.	Фетоплацентарный комплекс. Антенатальная охрана плода.	Влияние различных факторов внешней и внутренней среды на эмбриогистоорганоогенез. Врожденные и наследственные болезни. Роль и программа прегравидарной подготовки. (2 часа)
2.5.	Анатомия и физиология женских половых органов. Физиологические процессы в организме женщины в различные периоды ее жизни.	Периоды жизни женского организма. Основные медицинские, социальные и поведенческие особенности в каждом периоде. Менархе. Менопауза. Понятие геронтологии. особенности оказания помощи больным пожилого возраста; особенности и надзор за людьми пожилого возраста; фармакотерапия геронтологических больных; клиника и диагностика заболеваний вульвы, матки и яичников. (2 часа)
2.6.	Курация пациентки в акушерстве и гинекологии: цель, разделы курации. Оценка общего состояния пациентки и локального статуса. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии.	Инструментальные методы исследования. Кольпоскопия, зондирование полости матки, гистероскопия. Биопсия: эндометрия методом аспирации. Биопсия шейки матки путем иссечения скальпелем, конхотомом, электропетлей. Пункция брюшной полости через влагалищный свод или через брюшную стенку. Взятие мазков из уретры, цервикального канала, сводов влагалища. Цистоскопия. Ректоскопия. Ультразвуковое исследование. (2 часа)
3	Нормальная беременность и роды.	
3.1.	Течение и ведение нормальной беременности. Антенатальный уход.	Скрининговые программы по выявлению отклонений от нормального течения беременности. Методы оценки состояния плода до начала родов. Активный патронаж. Психофизиопрофилактика и подготовка к родам. (5 часов)
3.2.	Малые симптомы беременности.	Другие состояния в первой половине беременности (ОРЗ. Геморрой. Запоры. Глистная инвазия. Отравление. Аллергические реакции). Фармакотерапия при беременности. Ультразвук и его действие на плод. (4 часа)
3.3.	Классификация родов по срокам, по началу, по клиническому течению. Коды по действующей МКБ. Течение родов. Биомеханизмы родов при сгибательных головных предлежаниях.	Плод как объект родов. Таз с акушерской точки зрения. Диагностика родов. Методы диагностики расположения плода в матке (положение, позиция, вид позиции, предлежание, членорасположение). Клиническое течение и ведение неосложненных родов. Партограмма. Оценка состояния плода в родах. Тепловая цепочка. Первичный туалет новорожденного. (4 часа)
3.4.	Нормальный послеродовой период и его ведение.	Лактация. Состояние психики в послеродовом периоде. Санитарно-просветительная работа в послеродовом отделении. (2 часа)

4	Неонатология физиологическая.	
4.1.	Анатомо-физиологические особенности новорожденного	Особенности развития ребенка в период новорожденности (антропометрические данные, кожные покровы и слизистые, костная и мышечная система, центральная нервная система). Физиологическое падение веса, причины, длительность, количество. (1 час)
4.2.	Уход за новорожденным.	Первичная обработка новорожденного. Организация кормления. Затруднения во время кормления со стороны матери и ребенка. Вскармливание. Особенности подмывания девочек и мальчиков. Методика ухода за пуповинным остатком и пупочной ранкой. Вакцинация против туберкулеза, хранение вакцины, противопоказания, техника по Кальмету. (2 часа)
5	Патологическое акушерство.	
5.1.	Гипертензивные расстройства при беременности. Поздние гестозы беременных. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов. Холестаз беременных	Атипичные формы гестозов: HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени. Диагностика, тактика, родоразрешение. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов (атипичный гемолитико-уремический синдром и др.). (3 часа)
5.2.	Преждевременные роды. Переношенная беременность	Проблемы преждевременных и запоздалых родов. Приоритеты помощи при преждевременных родах. Тактика при переношенной беременности. Понятие индуцированных и плановых родов. Применение гормонов для родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности. (4 часа)
5.3.	Беременность и роды при тазовом предлежании плода.	Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Пособия при родах в тазовом предлежании (Цовьянов 1, Цовьянов 2). Ручное пособие по рождению плечиков и головки плода. Экстракция плода за ножку и тазовый конец. Наружный поворот плода на головку. (4 часа)
5.4.	Резус-конфликт при беременности.	Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Диагностика. Тактика. Прогноз. Профилактика. Современные методы лечения. (4 часа)
5.5.	Многоплодная беременность.	Причины, классификация, проблемы. Диагностика. Осложнения. Ведение. Родоразрешение. Последствия для плодов. (3 часа)
5.6.	Родовой травматизм (узкий таз; неправильные положения плода; разгибательные головные предлежания). Клинически узкий таз.	Биомеханизм родов при разгибательных головных предлежаниях плода. Внутренний поворот головки плода. Наружный поворот плода. Родоразрешение при неправильных положениях плода. (2 часа)
5.7.	Патология сократительной	Диагностика. Тактика ведения родов при

	деятельности матки в родах.	несвоевременном излитии вод. Приоритеты помощи при внегоспитальных родах. (4 часа)
5.8.	Акушерские кровотечения (классификация 4 буквы «Т»).	Последовательность мероприятий при оказании помощи при кровотечениях в зависимости от причин, их вызывающих. Нетранспортабельность беременных и родильниц при кровотечениях. Правила проведения гемотрансфузии. Значение резус-фактора в акушерстве. (2 часа)
5.9.	Акушерские операции второй половины беременности.	Операции, подготавливающие родовые пути. Родоразрешающие операции. Кесарево сечение: техника по Старк, Дерфлеру, Пфаннештиллю. Наложение вакуум-экстрактора, акушерских выходных щипцов. (3 часа)
5.10.	Послеродовые гнойно-септические заболевания.	Сепсис. Септический шок. Причины, патогенез, клиника, диагностика, тактика. Показания к оперативному лечению. Особенности операции при гнойном процессе в малом тазу. (4 часа)
6	Проблемы неонатологии.	
6.1.	Понятие о перинатальной смертности и заболеваемости.	Структура по нозологическим единицам. Меры по снижению перинатальной смертности и заболеваемости. Значение этих показателей в смертности детей до года. Профилактика заболеваемости новорожденных. (1 час)
6.4.	Неонатальные скрининги. Заболевания периода новорожденности.	Гемолитическая болезнь новорожденных, мелена, пупочные кровотечения. Врожденные пороки развития. Хромосомные аномалии. Скрининга на муковисцидоз, фенилкетонурию, галактоземию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром. (1 час)
6.5.	Инфекционные заболевания новорожденных и грудных детей. Источники инфекции и пути заражения.	Пиодермия, пузырчатка, омфалит (клиника, лечение, уход). Сепсис. Внутриутробные инфекции. Краснуха, герпес, сифилис, токсоплазмоз, СПИД, Рожа, столбняк, дифтерия носа, зева, пупка (профилактика, уход, лечение). Критерии ранней диагностики, особенности ухода, лечения. Дизентерия. Коклюш, ветряная оспа, скарлатина, менингококковая инфекция (пути заражения, инкубационный период, особенности течения, профилактика, лечение, уход, сроки изоляции. (1 час)
7	Гинекология.	
7.1.	Физиология менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы.	Дисгормонозы (гипоэстрогения, гиперэстрогения). Клинические проявления. Коррекция. Последствия. (3 часа)
7.2.	Олиго/аменорея: причины, диагностика, лечение, перспективы для репродуктивной функции.	Действующий клинический протокол «Олиго/аменорея» (2023). (3 часа)
7.3.	Аномальные маточные кровотечения: классификация	Алгоритм диагностики, дифференциальный диагноз. Тактика в зависимости от причины

	PALM-COEJN: причины, осложнения, тактика ведения.	аномальных маточных кровотечений. Постгеморрагическая железодефицитная анемия. Лечение. Гемотрансфузия. (5 часов)
7.4.	Аномалии развития и положения женских половых органов.	Современные методы коррекции, терапия (консервативная и оперативная). Значение лечебной физкультуры, в т.ч. в послеоперационном периоде. Методы профилактики выпадения половых органов. Оценка потребностей в сестринском уходе. (3 часа)
7.5.	Детская гинекология. Обследование женщин, которые не ведут половую жизнь. Вопросы этики и деонтологии.	Гигиена девочек. Воспитание девочек. (1 час)
7.6.	Аборты / прерывание беременности до 22 недель.	Самопроизвольный аборт. Стадии. Ведение неполного и септического аборта. Оценка состояния больной при данной патологии. Привычное невынашивание. Причины, тактика, профилактика. (3 часа)
7.8.	Воспалительные гинекологические заболевания неспецифической и специфической этиологии.	Возбудители заболеваний. Пути инфицирования, распространения возбудителя. Классификация воспалительных заболеваний. Признаки острого и хронического воспалительного процесса. Гонорея. Трихомоноз. Туберкулез. Методы диагностики. Лечение общее и местное. Зависимость эффективности лечения от одновременного лечения полового партнера. Критерии излеченности. Профилактика. Диспансеризация. (2 часа)
7.9.	Доброкачественные новообразования женских половых органов.	Фибромиома матки. Этиопатогенез. Симптомы. Диагноз. Осложнения. Лечение. Миома и беременность. (1 час)
7.11.	«Острый живот» в гинекологии.	Гинекологические заболевания, которые сопровождаются «острым животом». Анамнез и методы обследования больных с «острым» животом. Тактика на догоспитальном и госпитальном этапе. Система организации средств связи и транспорта. Показания к транспортировке больных. Травмы женских половых органов. (2 часа)
7.12.	Мастопатия. Рак молочной железы.	Мастопатия. (1 час)
7.13.	Бесплодный брак.	Клинический протокол ведения бесплодия в супружестве. Вспомогательные репродуктивные технологии. Усыновление (опекунство). (4 часа)
7.14.	Консервативные методы лечения гинекологических больных.	Лечебные физические факторы (естественные и искусственные). Применение льда, согревающих компрессов, грелок. Спринцевания. Влагилищные орошения. Тампоны. Клизмы, их виды, техника. Аутогемотерапия.

		Климатотерапия, Солнечные ванны. Водолечение. Грязелечение, парафино и озокеритолечение в лечебных учреждениях. Электротерапия. Электроферез. Индуктотерапия. Электросон. Электроанальгезия. Электрокоагуляция. Механизм действия. Светолечение. Рефлектор, лампа Минина, соллюкс, ртутно кварцевая лампа. Иглоукалывание. Техника безопасности. Гирудотерапия. Апитерапия. Ароматерапия. Показания и противопоказания. (2 часа)
7.15.	Хирургические методы лечения гинекологических больных.	Подготовка к операции. Влагалищные операции, пластические, в т. ч. на шейки матки, удаление матки через влагалище и особенности подготовки 2 к ним больных. Чревосечение по поводу кисты, миомы, внематочной беременности. Операции по поводу заболеваний придатков матки (удаление матки и придатков), особенности подготовки больной. Сестринский процесс при уходе за операционными гинекологическими больными). (2 часа)
7.16.	Общие требования, предъявляемые к хранению лекарственных средств в отделениях, подразделениях лечебно-профилактических учреждений.	Список «А» (ядовитые лекарственные средства). Правила выписки, хранения, учета наркотических средств. Правила записи в истории болезни о введении наркотического средства, требования к сдаче дежурной медицинской сестрой по смене пустых и неиспользованных ампул. Понятие о номенклатуре некоторых наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту»). (2 часа)
7.17.	Контрацепция.	Экстренная контрацепция. Контрацепция у кормящих. Контрацепция у подростков. Контрацепция при экстрагенитальной патологии. (2 часа)

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

		Форма контроля	Оценочное задание
2 Общие вопросы акушерства и гинекологии.			
2.1.	Принципы	Тестирование	1. Санитарная норма площади на 1 материнскую

	организации акушерско-гинекологической помощи. Сведения о развитии службы.	Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	койку в родильном доме: А. 10 м² Б. 3 м². В. 12 м². Г. 7 м². * 2. Совместное пребывание матери и новорожденного возможно: А. В специализированном родильном доме. Б. В неспециализированном родильном доме*. В. В наблюдательном отделении родильного дома. Г. В послеоперационных палатах родильного дома. 3. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно: А. Сразу после рождения *. Б. Через 6 часов после рождения. В. Через 8 часов после рождения. Г. Через 12 часов после рождения. 4. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности: А. 5 лет. Б. 4 года. В. 3 года. Г. 2 года *. 5. Новорожденного ребенка, при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания, переводят из роддома в детскую больницу: А. После стихания острых симптомов заболевания. Б. В день постановки диагноза *. В. По выздоровлении, для реабилитации. Г. После выписки матери из роддома. 6. К материнской смертности относится смерть женщины: А. От цирроза печени. Б. От желудочного кровотечения. В. От инсульта. Г. От медицинского аборта*. 7. Основным качественным показателем деятельности родильно-го дома (отделения): А. Среднегодовая занятость койки. Б. Заработная плата врача. В. Заработная плата медицинской сестры. Г. Материнская смертность *. 8. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом: А. Число женщин, умерших в родах/число родов – на 100 0 Б. Число женщин, умерших от осложнений
--	---	--	---

			беременности, со срока 28 недель/число родившихся живыми и мертвыми – на 1000 В. Число умерших беременных женщин независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности/число родившихся живыми – на 1000 * Г. Число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода/число родившихся живыми и мертвыми – на 100 0 9. Основной показатель эффективности работы женской консультации по планированию семьи: А. Число женщин на участке. Б. Абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года. В. Число осложнений после абортов. Г. Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста *. 10. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных: А. Число пролеченных больных в стационаре. Б. Число больных, направленных на санаторное лечение. В. Снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Г. Удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета женщин с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года. * Задача № 1. В женскую консультацию города К. обратилась женщина со сроком беременности 14 нед. Врачу женской консультации она сообщила, что приехала к родителям из другого города, хочет встать на учет по беременности в данную женскую консультацию и рожать она собирается в одном из родильных домов города К. При изучении медицинской документации было обнаружено, что женщина имеет все необходимые документы (паспорт, полис ОМС, страховое свидетельство государственного пенсионного страхования, обменную книжку беременной женщины), но у нее нет прописки в данном городе. Задание: Нужно ли будет беременной возвращаться в город, где она зарегистрирована для получения родового сертификата в женской консультации по месту прописки и дает ли
--	--	--	--

			родовой сертификат право выбора родильного дома? Задача № 2. Беременная Н. наблюдается по беременности в коммерческом медицинском центре. Срок беременности 31 нед. Женщина не работающая. Задание: Имеет ли такая женщина право на получение родового сертификата? Если имеет, где она должна его получать и как правильно он должен быть оформлен? Задача № 3. Бригадой скорой медицинской помощи в родильный дом доставлена женщина с новорожденным ребенком. Роды произошли в машине скорой медицинской помощи. Задание: Кто и как должен заполнить историю родов?
2.2.	Государственные программы. Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, клинические протоколы, основные приказы, постановления, регламентирующие работу родовспомогательных учреждений.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Понятие перинатальная смертность – это: А. Смерть ребенка в родах. Б. Потеря плода «вокруг родов» – в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде. * В. Мертворождаемость. Г. Антенатальная гибель плода. 2. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом: А. Число мертворожденных/число родов – на 1000 Б. Число умерших интранатально/число родившихся мертвыми – на 1000 В. Число мертворожденных + число умерших в первые 168 часов после рождения/число родившихся живыми и мертвыми – на 1000 * Г. Число умерших в первые 7 суток после рождения/число родов – на 1000 3. Основной показатель эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин: А. Число осмотренных женщин. Б. Число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет. В. Число женщин, направленных на лечение в санаторий. Г. Доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин. * 4. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит: А. В обследовании и наблюдении беременных женщин. Б. В проведении периодических медицинских осмотров. В. В охвате профилактическими осмотрами

			неработающих женщин *. Г. В оказании неотложной гинекологической помощи. 5. На что обращается внимание при выяснении причины материнской смертности от разрыва матки: А. Разрыв матки произошел во время беременности или в родах *. Б. Возраст начала половой жизни. В. Наличие аллергических реакций в анамнезе. Г. На экономическую ситуацию в стране. 6. Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается: А. На 25 коек. Б. На 20 коек. В. На 1000 родов. Г. На 15 коек *. 7. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится: А. При первой явке и в 32 недели беременности. Б. В 36 недель беременности. В. Перед родами. * Г. При первой явке и перед родами. 8. Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится на основании: А. Обменной карты родильного дома, родильного отделения *. Б. Справки, выданной юристом. В. Справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации. Г. Листка временной утраты трудоспособности. 9. Документ, по которому можно проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин: А. Статистический талон уточнения диагноза. Б. Индивидуальная карта беременной. В. Журнал госпитализации. * Г. Журнал консилиумов. 10. Под профилактическим гинекологическим осмотром подразумевается медицинский осмотр: А. Контингента женщин, работающих во вредных условиях производства. Б. Декретированных контингентов рабочих и
--	--	--	---

			служащих при поступлении на работу. В. Больных, состоящих на диспансерном учете. Г. Женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний *. Задача № 1. Беременная 10 недель обратилась в женскую консультацию по поводу постановки на учет. Задание: Какой вариант социальной поддержки населения доступен для этой женщины? Задача № 2. В женскую консультацию обратилась беременная 16 недель. По поводу постановки на учет. Из анамнеза: 2 родов 2018 г. и 2020 г.. Никаких социальных мер поддержки не получала. Задание: Какие возможны варианты социальной поддержки женщине возможно получить? Задача № 3. В родильное отделение поступает женщина с диагнозом: 2 Беременность 39-40 нед. Предвестники родов. АД 150/100, температура тела 36,5°C, пульс 76 в минуту. Отеки нижних конечностей. Задание: Тактика врача? Протокол для лечения и постановки диагноза?
2.3.	Структура родовспомогательных учреждений. Организация обслуживания беременных.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1.Основной принцип организации акушерско-гинекологической службы: А. лечебно-оздоровительный *Б. профилактический В. участковый 2.Центральным учреждением поликлинической акушерско-гинекологической службы является: *А. женская консультация Б. центральная районная больница В. фельдшерско-акушерский пункт Г. здравпункт 3. Укажите основные задачи женской консультации: *А. антенатальная охрана плода Б. лечение гинекологических заболеваний В. производство мини-абортов 4. Основным медицинским документом женской консультации является: *А. Амбулаторная карта Б. Индивидуальная карта беременной, родильницы В. Статические талоны Г. Обменная карта

			5. Центральным подразделением роддома является: А. операционная Б. приемно-смотровой блок В. родзалы *Г. родовой блок 6. В структуру роддома входят следующие отделения: А. приемный покой Б. физиологическое В. обсервационное Г. отделение патологии беременности *Д. Все из вышеперечисленных 7. В состав перинатального центра входят отделения: А. новорожденных Б. реабилитации родильниц при экстрагенитальных заболеваниях В. выхаживания новорожденных детей Г. планирования семьи *Д. все из вышеперечисленных 8. Группы риска по внутрибольничной инфекции чаще всего имеются: *А. в обсервационном родзале Б. в послеродовом отделении В. в изоляторе отделения новорожденных Г. в физиологическом отделении 9. Санитарные помещения родблока состоит из комнат для: А. мытья и дезинфекции суден, клеенок Б. временного хранения грязного белья *В. кладовой предметов уборки помещений Г. автоклавной 10. Акушерский дневной стационар – это: А. одна из новых форм обслуживания беременных женщин Б. палаты в женских консультациях для кратковременного пребывания В. стационары на дому *Г. отделение роддома, где проводятся исследования, лечение выявленных заболеваний по соответствующим показаниям в дневное время. 1. Назовите основной принцип устройства всех структурных подразделений роддома. 2. Какой особенностью родовспомогательных учреждений объясняется необходимость строжайшего соблюдения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. 3. Назовите преимущества совместного
--	--	--	--

			пребывания матери и ребенка. 4.Перечислите противопоказания со стороны матери для совместного пребывания с ребенком. 5.Что такое «чистые роды». Принципы грудного вскармливания и пропаганды сохранения лактации до года. 6.Назовите основные качественные показатели акушерского стационара.
2.4.	Фетоплацентарный комплекс. Аntenатальная охрана плода.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1.На плацентарную недостаточность указывает: А. снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня Б. уменьшение экскреции эстриола с мочой ниже 12 мг/сут *В. все перечисленное Г. ничего из перечисленного 2. Хроническая гипоксия плода развивается, как правило, у беременных 1) с поздним гестозом 2) с гемолитической болезнью плода 3) с инфекцией во время беременности 4) с разрывом матки *А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 В. все ответы правильны Г. правильно только 4 Д. все ответы неправильны 3. Длительная ингаляция чистого кислорода, как правило, приводит к следующему 1) вызывает фиброзные изменения в легких 2) подавляет анаэробные процессы 3) способствует ацидозу 4) способствует гиперкапнии А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 В. все ответы правильны Г. правильно только 4 *Д. все ответы неправильны 4.Показанием к применению токолитиков во время беременности является 1) угроза выкидыша в I триместре беременности 2) сахарный диабет 3) тиреотоксикоз 4) преждевременная отслойка плаценты А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 В. все ответы правильны Г. правильно только 4 *Д. все ответы неправильны

			5.Для переносимости беременности характерно 1) маловодие 2) повышение базального тонуса матки 3) снижение возбудимости миометрия 4) уменьшение окружности живота А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 *В. все ответы правильны Г. правильно только 4 Д. все ответы неправильны 6.Шкала Сильвермана учитывает у новорожденного *А. лишь внешние клинические признаки Б. глубину метаболических нарушений В. состояние сердечно-сосудистой системы Г. нарушение функции печени и почек Д. ничего из перечисленного 7."Основными признаками ""перезрелости"" плода являются" 1) сухая кожа 2) отсутствие сыровидной смазки 3) узкие швы и роднички 4) плотные кости черепа А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 *В. все ответы правильны Г. правильно только 4 Д. все ответы неправильны 8.Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются 1) истмико-цервикальная недостаточность 2) гиперандрогения 3) низкая плацентация 4) плацентарная недостаточность А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 *В. все ответы правильны Г. правильно только 4 Д. все ответы неправильны 9.Искусственная вентиляция легких новорожденного с помощью маски более 5-10 мин может вызвать А. попадание воздуха в желудок Б. затруднение движения диафрагмы *В. и то, и другое Г. ни то, ни другое 10.Дексаметазон, применяемый для профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденных, назначают до родоразрешения 1) за 1-2 суток 2) за 3-4 суток
--	--	--	--

			3) за 5-7 суток 4) за 8-10 суток *А. правильно 1, 2, 3 Б. правильно 1, 2 В. все ответы правильны Г. правильно только 4 Д. все ответы неправильны Задача № 1. Дородовое посещение беременной – первый дородовый патронаж. Вопрос женщины участковой медицинской сестре: «Смогу ли я кормить грудью, если у меня соски необычной формы?». Задание: Как правильно ответить на вопрос будущей матери? Задача № 2. Участковый педиатр провел первый дородовый патронаж женщины 25 лет в сроке беременности 16 недель. Заключение по совокупности данных генеалогического, биологического, социального анамнеза: степень антенатального риска 11 баллов (2 степень), 17 прогноз риска гипогалактии 13 баллов; прогноз исхода беременности и родов для плода условно словно благоприятный, группа внимания риск развития патологии органов зрения, прогноз устойчивой лактации положительный. Задание: Составьте рекомендации. Задача №3. Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля. Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам. Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные. Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\ 80 мм рт. ст.. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексию-верзио, увеличена до размеров гусиного яйца, мягкой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые. Задание: Диагноз. Тактика. Рекомендации. Задача № 4. Беременная И.А, 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.
--	--	--	---

			Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа. Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин., слева ниже пупка. Задание: Диагноз. Тактика. Рекомендации.
2.5.	Анатомия и физиология женских половых органов. Физиологические процессы в организме женщины в различные периоды ее жизни.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1.К наружным женским половым органам относится А. маточные трубы Б. молочные железы В. влагалище *Г. клитор 2.Слизистая оболочка матки называется А. эндотелий Б. миометрий *В. эндометрий Г. параметрий 3.К внутренним женским половым органам относится А. лобок Б. мочевого пузыря В. тазовая клетчатка *Г. влагалище 4.Гормон, стимулирующий рост и созревание фолликул в яичниках А. адренотропный *Б. фолликулостимулирующий В. тиреотропный Г. лютеинизирующий 5.Циклическое отторжение функционального слоя эндометрия называется А. плацентация Б. овуляция *В. менструация Г. имплантация 6.Оплодотворение яйцеклетки происходит в *А. полости маточной трубы Б. полости матки В. полости малого таза Г. канале шейки матки 7.Отдел маточной трубы, в котором происходит оплодотворение, называется

			А. интерстициальный Б. перешеечный *В. ампулярный Г. шеечный 8. Во влагалище здоровой женщины преобладает среда *А. кислая Б. нейтральная В. слабощелочная Г. щелочная 9. Пременопаузой называют период А. отрезок времени после последней менструации Б. отсутствие менструации в следствие болезни В. отсутствие менструации у девочки *Г. от окончания репродуктивного возраста до наступления менопаузы 10. Менопаузой называют *А. последнюю менструацию Б. период стабильной менструальной функции В. период наступления первой менструации Г. отрезок времени после окончания репродуктивного возраста Задача № 1. При тазоизмерении беременной получены следующие данные: distantia spinarum - 26 см; distantia cristarum - 29 см; distantia trochanterica - 31 см; conjugata externa - 21 см; conjugata diagonalis - 12,5 см; окружность лучезапястного сустава - 15 см. Задание: Каков размер истинной конъюгаты? Задача № 2. При наружном акушерском исследовании получены следующие данные: в дне матки располагается мягкая крупная часть плода, над лоном - крупная плотная баллотирующая часть, справа определяются мелкие части плода. Задание: Каково положение плода в полости матки?
2.6.	Курация пациентки в акушерстве и гинекологии: цель, разделы курации. Оценка общего состояния пациентки и локального статуса. Основные методы	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Кто является основателем современного научного метода опроса больного: А. С.П.Боткин. *Б. Г.А.Захарьин. В. О.О.Остроумов. Г. В.П.Образцов. Д. М.Д.Стражеско 2. К каким методам диагностики принадлежит опрос больной: А. Объективным. Б. Инструментальным.

	обследования в акушерстве и гинекологии.		В. Дополнительным. *Г. Субъективным. Д. Экспериментальным. 3. С какой системы органов следует начинать опрос о состоянии органов и систем: А. Сердечно-сосудистой, учитывая ее важность в кровоснабжении органов. Б. Дыхательной, учитывая ее роль в снабжении кислорода тканям. *В. С той, которая исходя из расспроса больной, считается пораженной. Г. Нервной, поскольку именно ее функционирование обеспечивает Нормальную работу организма. Д. Важно провести расспрос по всем системам, а с какой начинать – принципиального значения не имеет. 4. Какой вывод следует сделать на основании опроса больной: А. Оценено общее состояние больной. Б. Поставлен предыдущий диагноз. *В. Выяснено, какая система поражена и как между собой связаны жалобы. Г. Назначено лечение. Д. Оценено состояние здоровья больного. 5. Какие жалобы больной следует считать основными: А. Те, которые заставили больную обратиться к врачу. *Б. Те, с которых началось заболевание. В. Общую слабость, снижение работоспособности, поскольку они больше всего влияют на жизнедеятельность больной. Г. Те, которые не удается корректировать лечением. Д. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, ввиду распространенности патологии кровообращения и тяжелых последствий. 6. Какие из перечисленных ниже жалоб принадлежат к общим: А. Боль в области сердца. Б. Кашель с выделением мокроты. В. Изжога и отрыжка кислым. Г. Частое, болезненное мочеиспускание. *Д. Слабость, нарушение сна, снижение работоспособности. 7. С чего следует начинать выяснение жалоб больной: *А. С жалоб, с которых началось заболевание. Б. С жалоб, которые беспокоили больную на момент госпитализации. В. С жалоб, которые беспокоят пациента на
--	---	--	--

		момент опроса. Г. С жалоб, которые не поддаются лечению. Д. С жалоб, которые первыми исчезли при назначении лечения. 8. С чего следует начинать выяснение анамнеза заболевания: *А. Со времени появления и начальных проявлений заболевания. Б. С выяснения, чем лечился больной до обращения к врачу. В. При хроническом течении заболевания – с кратности обращения к врачу и результатов предыдущего лечения. Г. У стационарной больной следует выяснить, как изменилось ее Состояние после госпитализации. Д. Выяснить жалобы на момент расспроса. 9. Больная жалуется на болезненные месячные, сопровождающиеся головной болью, головокружением, периодическими болями в области сердца, раздражительностью, вздутием живота, тошнотой, нагрубанием молочных желез. о поражении какой (каких) систем вы сделаете вывод в первую очередь? А. Пищеварительной. Б. Сердечно-сосудистой. В. Нервной. Г. Пищеварительной и/или сердечно-сосудистой. *Д. Репродуктивной. 10. Для каких из отмеченных заболеваний наследственная склонность имеет особенное значение: А. Острые респираторные заболевания. Б. Ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет. В. Хронический тонзиллит. *Г. Инфекционные заболевания мочевыделительной системы. Д. Рак шейки матки. Задача № 1. К врачу обратилась больная с жалобами на боль внизу живота, иррадирующую в задний проход, тошноту, рвоту, выраженную общую слабость, головокружение. Задание: Диагноз. Тактика. Прогноз. Рекомендации на будущее. Задача № 2. Больная 35 лет, работает директором фирмы. Обратилась с жалобами на диспареунию, дисменорею, серозные выделения из половых путей в середине цикла и темно-
--	--	--

			коричневые выделения из половых путей за 2-3 дня до начала и после окончания менструации, обильные менструации со сгустками, вторичное бесплодие. В анамнезе у женщины 1 срочные роды и 2 медицинских аборта. Она страдает вегетососудистой дистонией и поливалентной аллергией. Задание: Диагноз. Тактика. Прогноз. Рекомендации на будущее. Задача № 3. Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после задержки менструации (8 недель) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем патологии не выявлено. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации увеличена до 11-12 нед. беременности. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации. Выделения кровяные, умеренные. Своды глубокие, безболезненные. Задание: Диагноз. Тактика. Прогноз. Рекомендации на будущее. Задача № 4. Больная В., 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, одышку, кашель и темные кровяные выделения из половых путей в течение 1 нед. Анамнез: Беременностей 3. Абортов-2. Во время последнего искусственного прерывания беременности сроком 12 нед. обнаружен пузырный занос. Спустя 8 месяцев появился кашель. Объективно: Состояние больной средней тяжести. Пульс 98 уд.в 1 мин. АД 100/75 мм.рт. ст. Кожа и слизистые бледные. В легких выслушивается жесткое дыхание над всей их поверхностью, резко ослабленное в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 7 нед. бер., мягкой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не
--	--	--	---

			определяются, зона их безболезненна. Выделения кровяные, умеренные. Рентгеноскопия грудной клетки: На протяжении обоих легочных полей видны множественные, округлой формы мелкие узлы диаметром до 1 см., более густо расположенные в нижних отделах легких. Задание: Диагноз. Тактика. Прогноз. Рекомендации на будущее. Задача № 5. Девушка-подросток, 14 лет, поступает в отделение на 10-й день обильных кровяных выделений из половых путей, которые повторяются ежемесячно в течение полугода. Задание: Диагноз. Тактика. Прогноз. Рекомендации на будущее.
3 Нормальная беременность и роды.			
3.1.	Течение и ведение нормальной беременности. Антенатальный уход.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Связь материнского организма и плода осуществляется через: *А. Плаценту. Б. Барорецепторы стенки матки. В. Водные оболочки плода. Г. Децидуальную оболочку матки. 2. Становление фетоплацентарной системы заканчивается: *А. К 16-й неделе беременности. Б. К 20-й неделе беременности. В. К 24-й неделе беременности. Г. К 28-й неделе беременности. 3. Ранняя функция цитотрофобласта состоит: *А. В осуществлении гистиотрофного питания зародыша. Б. В продукции хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена. В. В продукции эстрогенов и прогестерона. Г. В синтезе простагландинов. 4. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего: А. На 5-й день беременности. *Б. На 11–12-й день беременности. В. На 14–15-й день беременности. Г. На 20-й день беременности. 5. Вторичные ворсинки хориона образуются: А. На 5-й день беременности. Б. На 11–12-й день беременности. *В. На 14–15-й день беременности. Г. На 20-й день беременности. 6. Третичные ворсинки хориона образуются: А. На 1-й неделе беременности. Б. На 2-й неделе беременности. *В. На 3-й неделе беременности. Г. На 4-й неделе беременности.

			7. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности развивается: *А. Первичная плацентарная недостаточность. Б. Ранний токсикоз беременных. В. Артериальная гипертензия беременных. Г. Гестационный сахарный диабет. 8. Основной функцией плаценты является: А. Амортизационная. Б. Запирательная. В. Секретирующая. *Г. Гормональная. 9. Окончательно доказано, что зрелая плацента продуцирует следующий гормон: А. Адренкортикотропный гормон. Б. Тиреотропный гормон. *В. Плацентарный лактоген. Г. Меланоцитостимулирующий гормон. 10. Эмбриопатией называются заболевания: А. Аномалии развития плода, возникшие в первом триместре беременности. Б. Все внутриутробные пороки развития плода. В. Заболевания, обусловленные изменениями генетического материала в процессе созревания половых клеток. *Г. Возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза. 11. Срок родов определяется по формуле: 1. Первый день последней менструации +14 дней – 3 месяца 2. Первый день последней менструации +7 дней – 3 месяца * 3. Первый день последней менструации – 3 месяца 4. Первый день последней менструации +7 дней – 4 месяца 12. Увеличение матки во время беременности происходит за счет: 1. гипертрофии мышечных волокон матки 2. гипоплазии соединительной ткани 3. увеличения гликогена 4. растяжения стенок матки плодом * Задача № 1. Первородящая 17-ти лет поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Воды не отходили. При поступлении АД180/100 мм рт.ст. Отеки на нижних конечностях, в моче 3% белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе.
--	--	--	---

			Предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. Матка напряжена, ассиметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в 1 минуту, мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь резко напряжен. Предлежащая часть не определяется. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 2. Первобеременная 23 года поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. Положение плода продольное, II позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. По КТГ монотонный базальный ритм. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов влевом косом размере, малый родничок справа спереди. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 3. Первобеременная 23 года поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. Положение плода продольное, II позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. По КТГ монотонный базальный ритм. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 4. Первобеременная 23 года поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. Положение плода продольное, II позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. По
--	--	--	---

			КТГ монотонный базальный ритм. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 5. Первобеременная 23 года поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды отошли за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25, 28, 31, 20. Положение плода продольное, II позиция. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. По КТГ монотонный базальный ритм. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 6. Беременная И., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации в сроке беременности 33-34 недели с жалобами на отеки нижних конечностей. Много принимает воды, так как очень жарко на улице. Беременность первая. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический пиелонефрит (состоит на диспансерном учете у нефролога). Прибавка веса составила 14 кг, за последнюю неделю – 1,0 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 и 115/80 мм.рт.ст. Матка в состоянии нормального тонуса. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные, 140 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей. Общие анализы крови, мочи без патологических изменений. Задания: Диагноз. Тактика. Какие риски?
3.2.	Малые симптомы беременности.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач	1. У пациенток с регулярным менструальным циклом в ультразвуковом заключении необходимо использовать срок беременности: *А. акушерский (по первому дню последней менструации) Б. эмбриологический (по дню зачатия)

		Демонстрация пациентки В. акушерский и эмбриологический Г. не имеет значения 2. Ранняя диагностика маточной беременности при трансабдоминальной эхографии возможна: А) с 3 недель Б) с 7 недель *В) с 5-6 недель Г) с 8 недель 3. Наполнение мочевого пузыря при ультразвуковом исследовании в ранние сроки беременности необходимо при *А) трансабдоминальном доступе Б) трансвагинальном доступе В) трансабдоминальном и трансвагинальном доступах Г) трансректальном доступе 4. Ранняя визуализация плодного яйца в полости матки при трансвагинальной эхографии возможна А) с 5-6 недель *Б) с 4-5 недель В) с 2 недель Г) с 7 недель 5. При ультразвуковом трансабдоминальном исследовании эмбрион визуализируется с *А) 6-7 недель Б) 8-9 недель В) 9-10 недель Г) 10-11 недель 6. Визуализация эмбриона при трансабдоминальном исследовании нормально протекающей беременности обязательна: А) с 5 недель *Б) с 7 недель В) с 9 недель Г) с 12 недель 7. Визуализация эмбриона при трансвагинальном исследовании нормально протекающей беременности целесообразна *А) с 5-6 недель Б) с 7 недель В) с 3 недель Г) с 4 недель 8. Сердечную деятельность эмбриона при трансабдоминальной эхографии возможно зарегистрировать *А) с 7 недель Б) с 5 недель В) с 8 недель Г) с 9 недель 9. Двигательная активность эмбриона начинает выявляться при ультразвуковом исследовании
--	--	--

			*А) с 8 недель Б) с 10 недель В) с 12 недель Г) с 6 недель 10. Желточный мешок при ультразвуковом исследовании обычно визуализируется в А) 4-10 недель *Б) 6-12 недель В) 9-14 недель Г) 10-15 недель 11. К малым симптомам беременности относится все, кроме: А) Тошнота Б) Рвота В) Геморрой Г) Гипертензия беременных * 12. Рвота беременных в первом триместре это: А) Физиологическое состояние * Б) Патология беременности В) Поздний гестоз Г) Холестатический компонент 13. Рвота беременных требует: А) Динамического наблюдения Б) Инфузионной терапии всегда В) Инфузионной терапии при снижении качества жизни * Г) Назначения церукала 14. При болях в нижних конечностях в первом триместре беременности назначают все, кроме: А) Эластических бинтов Б) Венорутон * В) Ножных ванночек Г) Легкого массажа ног. Задача № 1. На приеме у врача женской консультации беременная (32 нед) пожаловалась на головную боль. Отеков нет. Прибавка массы тела 300 г за неделю. Протеинурия 0,99 г/л, АД 150/95 мм рт.ст. Задания: Диагноз? Тактика врача? Прогноз. Задача № 2. Машиной «скорой помощи» в родильный дом доставлена беременная 38 нед. Дома был однократно приступ судорог с потерей сознания, АД 155/90 мм рт.ст. После введения раствора магния сульфата АД снизилось до 130/90 мм рт.ст. Данные УЗИ: размеры плода соответствуют сроку 34 нед беременности, имеется ретроплацентарная гематома размером 5-6 см. ЧСС плода - 100 в минуту. Задания: Диагноз? Тактика врача?
--	--	--	---

			Задача № 3. Пациентка Н., 24 года. Беременность – 1, 32 недели. Жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, боли в эпигастрии.. АД 170/100 мм.рт.ст. АЛТ – 45, АСТ – 60. Тромбоциты – 150. Задания: Диагноз? Тактика (определить очередность действий). Задача № 4. К врачу общей практики обратилась пациентка 24 лет с жалобами на задержку месячных, тошноту, рвоту до 10 раз в день, нарушение аппетита, сна, температура тела 37,5° С. Соматически здорова. Половая жизнь с 22 лет в браке. Менструальная функция без особенностей. Последняя менструация с 15 по 19 марта. Первая беременность закончилась самоабортом в 6 недель. Объективно: рост 160 см, вес 56 кг. АД - 100/60; 90/50 мм рт.ст., пульс - 96 в мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Шейка матки и слизистая влагалища цианотична. Влагалище нерожавшей. Шейка без особенностей. Матка соответствует 7-8 неделям беременности. Выделения скудные, слизистые. Задания 1. Выявить проблемы женщины. 2. Оценить состояние женщины, поставить диагноз и обосновать его. 3. Тактика врача общей практики. 4. Рассказать о причинах данной патологии, методах диагностики, лечения, профилактики. 5. Тактика врача акушера-гинеколога.
3.3.	Классификация родов по срокам, по началу, по клиническому течению. Коды по действующей МКБ. Течение родов. Биомеханизмы родов при сгибательных головных предлежаниях.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1 Роды делятся на периоды А). раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый Б). раскрытия, изгнания, последовый* В). сглаживания шейки, раскрытия, изгнания Г). подготовительный, раскрытия, последовый 2. Началом родов следует считать А). излитие околоплодных вод Б). продвижение плода по родовым путям В). появление схваток с периодичностью 15-20 минут Г).начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки * 3. Потуги отличаются от схваток А). увеличением частоты сокращений матки Б). увеличением интенсивности сокращений матки В). присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна Г). присоединением сокращений мышц,

			выстилающих стенки таза 4. В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками через А). 3-4 минуты Б). 2-3 минуты В). 5-6 минут Г). 1-2 минуты 5. Первый период родов заканчивается А). сглаживанием шейки Б). появлением схваток потужного характера В). опусканием головки плода на тазовое дно Г). полным раскрытием маточного зева 6. Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать А). после каждой потуги Б). каждые 15 минут В). каждые 10 минут Г). каждые 5 минут 7. Третий период родов продолжается А). от отделения плаценты до рождения последа Б). от рождения плода до рождения последа В). от рождения плода до отделения плаценты Г). от полного раскрытия маточного зева до рождения последа 8. Средняя продолжительность третьего периода родов при активном ведении составляет А). 3-5 минут Б). 10-15 минут В). 20-30 минут Г). 40-45 минут 9. Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах проводится А). в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го периода родов Б). в/в введением 1 мл метилэргометрина в момент прорезывания головки В). в/м введением 1 мл метилэргометрина с последней потугой Г). в/м введением 1 мл гифотоцина с последней потугой 10. Физиологическая кровопотеря в родах не превышает А). 1.5 % массы роженицы Б). 1.0 % массы роженицы В). 300 мл Г). 0.5 % массы роженицы Задача №1. Последняя менструация у первобеременной женщины 8.01, дата первого шевеления плода 21.05, первая явка 26.02. в
--	--	--	--

			сроке беременности 8 нед. Задание: Определите предполагаемый срок родов у первобеременной. Задача №2. Первородящая 20 лет обратилась в женскую консультацию. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз. Задание: Поставьте диагноз. Дальнейшая тактика? Задача №3. Роды длятся более 10 часов. Начался второй период. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона. Задание: Какое вставление головки? Метод родоразрешения? Задача №4. Беременная 36 лет. Беременность 40 недель. В анамнезе 1 самопроизвольный аборт при сроке 10 недель без осложнений. Головка плода в подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин. 2 часа назад установилась регулярная родовая деятельность. Задание: Диагноз? План ведения? Задача №5. Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз. Схватки по 20 сек., каждые 10 минут. Задание: Диагноз? Какие исследования необходимо провести? Задача №6. Роженица М., 29 лет, доставлена в роддом с регулярной родовой деятельностью со слов пациентки в течение 8 часов, при сроке 39-40 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Менструальная функция без особенностей.
--	--	--	---

			Беременность 2-ая. Были срочные роды, вес ребенка 3900 г. Объективно: кожные покровы обычной окраски, температура 36,6°C, пульс 68 в мин, ритмичный. АД-120/70, 115/70 мм рт.ст., рост 168 см, вес 78 кг, на коже живота рубцы беременности, окружность живота 105 см, высота дна матки 36 см. Размеры таза 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в малый таз. Спинка плода пальпируется слева, между спинкой и головкой плода - отчетливая выемка. Сердцебиение плода выслушивается справа, ниже пупка, 132 в мин, ритмичное. Схватки через 4-5 минут, по 35-40 секунд, средней силы, болезненные. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, емкое. Шейка сглажена, открытие 6-7 см, края тонкие. Во время исследования излились светлые околоплодные воды. Головка плода на уровне линии аркуата. Справа спереди определяется подбородок и ротик плода. Слева сзади - надбровные дуги. Мыс не достигается. Задания: 1. Выявить проблемы женщины. 2. Оценить состояние женщины. 3. Определить диагноз, обосновать. 4. Рассказать об особенностях родов при разгибательных предлежаниях. 5. Тактика ведения. Обосновать.
3.4.	Нормальный послеродовой период и его ведение.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении после окончания родов в течение А). 30 минут Б). 1 часа В). 2 часов Г). 4 часов 2. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течение первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития А). острой сердечной недостаточности Б). послеродового кровотечения В). инфекционно-токсического шока Г). острой дыхательной недостаточности 3. Молозиво после родов вырабатывается в течение А). 1- 2 недель Б). 9-10 дней В). 3- 4 дней Г). 1- 2 дней 4. Выраженное нагрубание молочных желез обычно наблюдается А). во время беременности

			Б). на 1-2 сутки послеродового периода ЪБ). на 3-4 сутки послеродового периода Г). на 5-6 сутки послеродового периода 5. В первые сутки послеродового периода дно матки обычно находится А). на уровне пупка ЪБ). на 2 см выше пупка В). на 3 см ниже пупка Г). на середине расстояния между пупком и симфизом 6. При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается А). к 3-м суткам Б). к 10-м суткам В). к 30-м суткам Г). к 21-м суткам 7. При нормальном течении родов и послеродового периода роженице можно разрешить вставать А). через 2 часа после родов ЪБ). через 6 часов после родов В). через 24 часа после родов Г). через 36 часов после родов 8. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки (лохии) А). сукровичные в умеренном количестве Б). кровянисто-серозные, обильные В). серозные в умеренном количестве ЪГ). кровянистые в умеренном количестве 9. О нормальной инволюции матки судят А). по количеству лохий Б). по общему состоянию роженицы В). по данным влагалищного исследования ЪГ). по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий 10. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся: А). лечение кортикостероидными препаратами Б). использование пероральных контрацептивов в анамнезе ЪВ). отягощенный акушерский анамнез Г). наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы 11. Профилактикой внутрибольничной инфекции является: 1. Пеленание ребенка с ручками 2. Совместное пребывание матери и ребенка * 3. Транспортировка ребенка в различные помещения стационара 4. Почасовое вскармливание ребенка
--	--	--	--

		Задача № 1. Под наблюдением в послеродовом отделении находится родильница на третьи сутки после операции кесарева сечения. Операция была выполнена по поводу крупного плода при срочных родах. Других осложнений во время беременности, родах и послеродовом периоде не было. Женщина жалуется на слабость, ноющие боли в области послеоперационной раны и трудности в уходе за новорожденным. Хочет, чтобы ребенка унесли в детское отделение и настаивает на раздельном с ним пребывании. Задание: Диагноз. Тактика. Задача № 2. 18-летняя женщина находится совместно с ребенком в индивидуальной палате физиологического послеродового отделения на 5 сутки после срочных родов. В родах была выполнена перинеотомия и перинеорафия. Ребенок готов к выписке. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78 ударов в минуту. Молочные железы умеренно нагрубают. Соски без трещин. Лактация достаточная. Дно матки на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии сукровичные, умеренные. Заживление шва промежности первичным натяжением. Физиологические отправления в норме. Температура нормальная. Анализы в норме. Задание: Диагноз, тактика врача. Задача № 3. Женщина 22 лет, студентка, обратилась к участковому врачу акушер-гинекологу за рекомендацией. После первых нормальных родов она кормит ребенка грудью 9 месяцев. Пыталась прекратить лактацию, но неудачно, в связи с выходом на работу. Менструальные регулярные, половой жизнью живет и предохраняется презервативом эпизодически. Последние месячные 5 дней назад. Хотела бы получить рекомендации по контрацепции. Задание: Ваши рекомендации. Задача № 4. Родильница Б., 23 года, жалобы на повышение температуры тела до 38,9° С, озноб, головную боль, слабость, боли внизу живота. Роды 2, своевременные, 10 дней назад, осложнились родовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовых сил. Выписана из роддома на 5-тые сутки после родов в удовлетворительном состоянии. Задание: Тактика врача женской
--	--	--

			консультации. Задача № 5. Акушерка ФАПа вызвана на дом к родильнице, у которой на 7 сутки после родов внезапно началось маточное кровотечение. Кровопотеря достигла приблизительно 300 мл. Со слов женщины, роды протекали без осложнений. При осмотре: кожные покровы обычной окраски. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс ритмичный 88 ударов в минуту, со стороны внутренних органов без особенностей, температура 36,7°C. Матка плотная, безболезненная, дно ее на 4 см выше лона. Из половых путей обильные кровянистые выделения. Задание: Предварительный диагноз. Тактика акушерки. Задача № 6. Родильница 26 лет, четвертые сутки послеродового периода. Из анамнеза: роды II срочные. В родах – разрыв промежности II степени, ушит кетгутowymi и шелковыми швами. В первые двое суток послеродовый период протекал без осложнений. К концу 3-го дня поднялась температура тела до 37,30 С, появились головная боль, жжение и боли в области швов на промежности и во влагалище. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии нет. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на 12 см выше лонного сочленения, матка плотная, безболезненная. Лохии умеренные, кровянистые. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. Задание: Диагноз. Тактика. Риски.
4 Неонатология физиологическая.			
4.1.	Анатомо-физиологические особенности новорожденного	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Частому развитию гнойно-септических заболеваний кожи в неонатальном периоде способствует: А) тонкий роговой слой кожи из слабо связанных между собой клеток, Б) недоразвитие основной перепонки, разделяющей эпидермис и дерму, В) богатая капиллярная сеть кожи, 2. Характеристика окружности голова и груди новорожденного имеет следующее диагностическое значение: А) отражает степень зрелости головного мозга,

			Б) отражает степень зрелости органов зрения и слуха, В) может быть показателем внутриутробного поражения ЦНС * 3. У доношенных детей грудного возраста при респираторных нарушениях легко возникает дыхательная недостаточность так как: А) плохо усваивается кислород, Б) нарушена альвеолярно-капиллярная перфузия В) снижен иммунитет, Г) имеются АФО особенности грудной клетки* 4. Лимфатические узлы у новорожденного ребенка: А) зрелые, Б) представлены все группы лимфатических узлов, В) хорошо выполняют защитную функцию, Г) из-за незрелости легко возникает генерализация бактериальных процессов* 5. У доношенных детей в возрасте 3 недель в клиническом анализе крови преобладают: А) нейтрофилы, Б) лимфоциты, В) одинаковое количество нейтрофилов и лимфоцитов * Г) отмечается сдвиг нейтрофильной формулы влево Задача №1: После рождения у доношенного новорожденного отсутствует дыхание, отмечается брадикардия, ЧСС — 62 в 1 мин. Сердечные тоны глухие. Кожа бледно-цианотичной окраски. В ротоглотке околоплодные воды. Задание: Предварительный диагноз. План реанимационных мероприятий. Задача №2. Ребенок в возрасте 3 дней находится в палате интенсивной терапии роддома. Родился недоношенным в сроке 36 недель, массой 2300 г. В первые дни отмечались расстройства глубины и ритма дыхания. У матери повышенная температура, насморк. Мать кормит ребенка грудью, использует маску. Ночью у ребенка повысилась температура до 38°, он стал вялым, в 6 ч. отказался брать грудь. Несколько раз срыгнул. При осмотре цианоз носогубного треугольника, нарастающий при крике. Раздувание крыльев носа, ЧД — 86 в 1 мин. Дыхание ослаблено, живот вздут. Анализ крови: Нв — 160 г/л, СОЭ — 15 мм/час.
--	--	--	---

			Задание: Какой диагноз можно предположить? Дополнительные методы обследования? Задача №3. Ребенок П., 15 дней, поступил в отделение с жалобами матери на повышение температуры, беспокойство, отсутствие прибавки массы. Болен второй день. Заболевание началось с подъема температуры до 38°. Ребенок стал беспокойным, отказался от груди, срыгивал. Родился на 37-й неделе беременности массой 2200 г. Закричал сразу, к груди приложен на третьи сутки, сосал слабо. Пуповинный остаток отпал на 6-е сутки. Дома у ребенка отмечалось серозное отделяемое из пупочной ранки, с 7-го дня вяло сосал. На 14-й день жизни состояние ухудшилось. Для дальнейшего лечения направлен в клинику. При поступлении состояние тяжелое, вялый, временами беспокойный, температура 38,8°, отмечается повторная рвота. Масса тела 2000 г. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 180 в 1 мин. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Выражена венозная сеть на передней брюшной стенке. Ткани вокруг пупочного кольца несколько гиперемированы, отечны, из пупочной ранки серозное отделяемое. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Стул частый, жидкий, желтоватого цвета. Мочится малыми порциями. Анализ крови: эритроциты — $3,26 \times 10^9/\text{л}$, Нв — 105 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $14,3 \times 10^9/\text{л}$, миел. — 2%, п — 15%, с — 40%, л — 35%, м — 8%. СОЭ — 18 мм/ч. При посеве крови выделен патогенный стафилококк, чувствительный к амоксиклаву, цефуроксиму. Задание: Сформулируйте клинический диагноз. Укажите основные направления терапии. Задача 4. Ребенок в возрасте 9 дней, от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей с преэклампсией. Роды первые, срочные, с длительным безводным периодом 2 суток. Ребенок закричал сразу. Масса при рождении 3400 г, длина 32 см, пуповинный остаток отпал на 4-й день. После выписки из роддома через 2 дня педиатр отметил гнойно-сукровичные выделения из пупочной ранки, на коже — пустулы, лихорадит, сосет вяло, срыгивает с примесью желчи. Кожа серая,
--	--	--	---

			печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, стул неустойчив, с примесью слизи и зелени. Задание: Предположительный диагноз. Какова должна быть тактика участкового врача? Задача 5. Девочка от первой беременности, срочных родов на 4-ые сутки жизни находится в родильном доме. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена сразу после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосёт хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, печень по правой переднеподмышечной линии 1 см; по правой среднеключичной 1 см; по срединной 1/3, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета. Группа крови матери A(II), Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(I), Rh-положительная. Клинический анализ крови: Hb - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п.-0,94, Лейк-$9,0 \times 10^9$ /л, п/я-5%, с-42%, э-1%, л-47%, м-5%, СОЭ-2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лей-коциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий -141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л. 1. Задания: 1. Поставьте диагноз с обоснованием. 2. Каково происхождение желтухи в данном случае? 3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого. 4. Обозначьте показания для консультации новорождённого с желтухой невропатологом. 5. Требуется ли лечения желтуха у данного ребенка? Как кормить этого ребенка?
4.2.	Уход за новорожденным.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение	1. Суточный объём молока в первые 7-9 дней жизни рассчитывается по формуле Финкельштейна: а) $70 \text{ или } 80 \times 2 \times n$ б) $70 \text{ или } 80 \times n$

		ситуационных задача Демонстрация пациентки	в) 2% от массы тела при рождении $\times n$ г) все перечисленное верно 2. Продолжительность кормления грудью не должна превышать а) 20-30 минут * б) 10-15 минут в) 5-10 минут г) 3-5 мин 3. Формула расчета суточного объема пищи доношенному ребенку с 2-х недель до 2-х месяцев: а) $1/5$ массы тела б) $1/6$ массы тела в) $1/7$ массы тела г) $1/8$ массы тела 4. Цель проведения контрольного взвешивания – это определение: а) количества съеденной смеси из бутылочки за 1 кормление б) суточного количества пищи в) количества высосанного молока из груди за 1 кормление * г) общего количества молока у матери 5. Если ребенок не выдерживает ночного перерыва в кормлении, его а) необходимо приложить к груди * б) подпоить подслащенным чаем или соком в) напоить водичкой 6. Докормом является а) фруктовый сок б) овощное пюре в) адаптированная смесь * г) творог 7. Прикорм назначается: а) после кормления грудью, из бутылочки б) до кормления грудью, с ложечки в) в середине кормления грудью, из чашки г) после кормления грудью, из пипетки 8. Средняя масса тела доношенного новорожденного - (в г) а) 2000-2500 б) 2500-2600 в) 2600-3000 г) 3000-3500 9. Требования при уходе за грудным ребёнком включают а) соблюдение гигиенических правил б) ежедневный утренний туалет в) ежедневные гигиенические ванны г) всё перечисленное 10. Оценочные критерии физического развития ребёнка
--	--	--	---

		а) масса и длина тела б) продолжительность сна в) телосложение и осанка г) частота инфекционных заболеваний Задача №1. У новорожденного на 2 сутки отмечаются на носу и щеках желтовато-беловатые узелки величиной с просыное зерно (1-2 мм). Задание: Ваш предположительный диагноз? 2. Необходима помощь ребёнку? Задача №2. У новорожденного на 3 сутки на пеленке медсестра обнаружила небольшое пятно жёлто-кирпичного цвета. Ребенок редко мочится. Задание: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Необходимо ли провести дополнительное обследование? 3. Какую помощь необходимо оказать ребенку? Задача №3. У новорожденного, родившегося в физиологических родах от здоровой матери на 3 сутки повысилась температура до 38.2°C, сосет активно, не срыгивает. Задание: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какую помощь необходимо оказать ребенку? 3. Методы профилактики данного состояния? Задача №4. Новорожденный родился у здоровой матери, роды физиологические, вес при рождении 3300 г. На 5 сутки при выписке вес 3200 г. Задание: 1. Какова потеря веса у ребенка (в %)? 2. Ваш предположительный диагноз? 3. Какую помощь необходимо оказать ребенку? Задача №5. При осуществлении первого послеродового патронажа к новорожденному ребенку 5 дней выяснено: малыш здоров, находится на грудном вскармливании. Задание: 1. Какие вопросы и почему Вы зададите матери, чтобы собрать информацию об антенатальном периоде новорожденного? 2. Какие потребности 5-дневного ребёнка должны быть удовлетворены? Задача №6. Вы врач. К Вам обратился за советом мужчина, у которого жена 2 дня назад родила ребенка и скоро на выписку. Они живут в коммунальной квартире, к их соседке приехала погостить подруга, которая больна активной формой туберкулеза. Вопрос: Как уберечь новорожденного и других членов
--	--	---

			семьи от заражения? Задача №7. Ребенок Н., 4 дня, находится в роддоме. На 4-й день жизни повысилась температура до 39°, стал беспокойным. Температура в палате в это время была 26 °С. Родился от первой беременности. Беременность и роды протекали нормально. Масса при рождении 3600 г, длина тела 50 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родзале. Пуповинный остаток отпал на 4-е сутки. Объективно: масса 3400 г, общее состояние ребенка несколько нарушено, периодически беспокоен. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки суховатые. Пупочная ранка без особенностей. В легких пуэрильное дыхание, перкуторный звук не изменен. Живот мягкий. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Рефлексы периода новорожденности повышены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Анализ крови: эритроциты — 5,5х10¹² /л, Нв — 200 г/л, тромбоциты — 331х10⁹ /л, лейкоциты — 12х10⁹ /л, эоз — 1%, п — 2%, с — 46%, л — 47%, мон. — 4%, СОЭ — 2 мм/ч. Гематокрит — 0,54 г/л. Анализ мочи без особенностей. Задание: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Перечислите основные лечебные мероприятия. 3. Рассчитайте суточную потребность в грудном молоке. 4. Рассказать об вакцинации БЦЖ (действующие клинические рекомендации).
5 Патологическое акушерство.			
5.1.	Гипертензивные расстройства при беременности. Поздние гестозы беременных. Жизнеугрожающие осложнения поздних гестозов. Холестаз беременных	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. При патологической протеинурии во время беременности суточная потеря белка составляет: А). 1 г/л и более Б). 0.5 г/л и более В). 0.3 г/л и более Г). 3 г/л и более 2. Какие из перечисленных признаков НЕ являются симптомами тяжелой преэклампсии: А). Дисфункция печени неизвестной этиологии (повышение АЛТ и АСТ более 70 МЕ/л*) Б). Протеинурия 3 г в сутки В). Синдром задержки развития плода II ст., реверсивные кровотоки в артерии пуповины, ареактивный НСТ, выраженное маловодие Г). Олигурия <500 мл в сутки 3. Антигипертензивным препаратом первой линии для плановой терапии является:

			А). Бета – адреноблокаторы метопролол (беталок, метокард, метопролол, эгилок, корвитол) Б). Антагонисты кальция дигидропиридинового ряда кордипин ретард, коринфар ретард, кордафлекс) В). Центральный альфа 2 – адреномиметик (производное метилтирозин * Г). Центральный альфа 2 – адреномиметик (производное имидазолина): клонидин 4. Что из нижеперечисленного не относится к критериям диагноза тяжелой преэклампсии (согласно федеральным клиническим рекомендациям): ˆА). Повышение трансаминаз Б). Тромбоцитопения менее 120*106/л В). Внезапное возникновение отеков лица, рук, ног 4. АД 180/120 мм рт. ст. при двух измерениях, проведенных через 6 часов 5. Преэклампсия – это А). АГ+отеки ˆБ). АГ+отеки+протеинурия В). АГ+протеинурия Г). АГ+отеки+протеинурия+неврологические /зрительные нарушения 6. Гестационная артериальная гипертензия – это А). Повышение АД более 140/90 мм рт ст с первого триместра беременности Б). Повышение во время беременности АД более 160/90 мм рт ст ˆВ). АГ 140/90 мм рт ст и выше, появившаяся после 20 недель беременности Г). АГ 160/90 мм рт ст и выше , появившаяся через неделю после родов 7. Преэклампсия на фоне хронической артериальной гипертензии – это все, кроме А). Увеличение протеинурии (не более 5,0 г в сутки) при наличии АГ и протеинурии до 20 недель беременности ˆБ). Повышение АД у женщин с контролируемой до 20 недель АГ В). Присоединение тромбоцитопении или повышение АЛТ и АСТ у женщин с имевшейся до 20 недель АГ Г).повышение АД более 160/100 мм рт ст 8. Диагноз артериальной гипертензия при беременности может быть установлен при ˆА). систолическое АД ≥ 140 и/или диастолическое АД ≥ 90 Б). повышение среднего АД на 30% и более от исходного
--	--	--	--

			В). систолическое АД ≥ 140 и/или диастолическое АД ≥ 90 и повышение среднего АД на 30% и более от исходного Г). систолическое АД ≥ 130 и/или диастолическое АД ≥ 90 9. Протеинурия у беременных - это потеря белка А). 0,3 г/сут или 0,3г/л в 2-х пробах, взятых с интервалом в 4 часа Б). 0,3 г/сут В). 0,3 г/л в 2-х пробах, взятых с интервалом в 4 часа. Г). 0,3 г 10. Факторы риска преэклампсии все, кроме А). Тяжелая преэклампсия в анамнезе Б). СД В). Антифосфолипидный синдром Г). Хронический бронхит Задача 1. В гинекологическое отделение поступила беременная В., 22 лет, в сроке гестации 7-8 недель с жалобами на снижение аппетита, тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи. Масса тела за последнюю неделю снизилась на 1 кг. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Анализ крови и мочи без патологических изменений. Задание: Диагноз. Тактика. Задача 2. В женскую консультацию обратилась первобеременная А., 25 лет, в сроке гестации 5-6 недель с жалобами на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту от 6 до 10 раз в сутки независимо от приема пищи, снижение массы тела на 1,5 кг за 1,5 недели. Общее состояние средней тяжести. Отмечается повышенная возбудимость. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Температура тела субфебрильная. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. С уточный диурез 850 мл. Задание: Диагноз. Тактика. Задача 3. Роженица К., 22 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. Во время беременности женскую консультацию посещала нерегулярно. При
--	--	--	--

			последнем посещении консультации в 38 недель отмечены повышение АД до 135/95 - 140/95 мм рт.ст. , пастозность голеней. От госпитализации отказалась. В родильный дом женщина доставлена бригадой скорой помощи в сроке беременности 39-40 недель с жалобами на боли в области затылка, лба, надчревной области, понижение зрения. При осмотре отмечаются одутловатость лица, массивные отеки конечностей, передней брюшной стенки, в области поясницы. АД 140/95 - 155/90 мм рт.ст. , пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Матка в состоянии нормального тонуса, ВДМ - 35 см, ОЖ - 101 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. В общем анализе мочи белок 1,0 г/л. Задание: Диагноз. Тактика. Приоритеты помощи на этапе скорой помощи и в родильном доме. Задача 4. Первородящая М., 24 лет, поступила в родильный дом с жалобами на головную боль, плохое самочувствие, боли внизу живота схваткообразного характера в сроке беременности 36-37 недель. Из перенесенных заболеваний отмечает ВСД по смешанному типу, нарушение жирового обмена (рост – 164 см, вес до беременности – 85 кг). С 32 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, с 34 недель – повышение АД до 140/90 мм.рт.ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала. При осмотре: заторможена, дыхание через нос затруднено. Пульс 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 180/110 и 175/100 мм рт. ст. Схватки средней силы и продолжительности. Околоплодные воды не отходили. ВДМ–31 см, ОЖ – 92 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тоны сердца плода ясные, ритмичные, 136 ударов в минуту. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица. В общем анализе мочи белок 1,0 г/л. Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование, во время которого появилось двигательное беспокойство, мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, которые перешли в тонические судороги. После приступа судорог, продолжавшихся 1,5 минуты, сознание восстановилось. Дан ингаляционный
--	--	--	--

			наркоз с кислородом, закончено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 3 см, плодный пузырь цел, головка прижата к входу в малый таз. Задание: Диагноз. Тактика. Задача 5. В родильный дом доставлена роженица в сроке беременности 38-39 недель с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов тому назад, излитием околоплодных вод с началом родовой деятельности. Из анамнеза: с 36 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт. ст. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала. При поступлении жалобы на головную боль, боли в подложечной области, «пелену» перед глазами. При осмотре отмечаются пастозность лица, отеки нижних конечностей. Температура - 37,0⁰С, пульс – 94 уд/ара в минуту, ритмичный и напряженный. АД – 185/110 мм рт.ст., 190/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,0 г/л. Вскоре после поступления начались потуги по 30-35 секунд через 3-4 минуты. Положение плода продольное, головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок судорог, сопровождающийся потерей сознания. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь отсутствует, головка плода в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Задание: Диагноз. Тактика.
5.2.	Преждевременные роды. Переношенная беременность	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Для преждевременных родов характерно А) Не регулярные схватки (менее 2 за 60 мин) Б) Динамические изменения шейки матки В) Острая гипоксия плода Г) Длина шейки матки 3 см 2. Показаниями к проведению токолиза при угрожающих преждевременных родах: А) Регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) Б) Отсутствие динамических изменений шейки матки В) Кровотечение Г) Длина шейки матки 2-2,5 см 3. Для проведения токолиза при преждевременных родах препаратом первой линии является А) Атосибан

			Б) Нифедипин ˇВ) Гексапринолина сульфат г) Индометацин 4. Для проведения токолиза при преждевременных родах препаратом второй линии является А) Атосибан ˇБ) Нифедипин В) Гексапринолина сульфат г) Индометацин 5. Сульфат магния беременным назначается с целью А) Токолиза ˇБ) Нейропротекции (профилактики ДЦП) у новорожденных В) Обезболивания Г) Усиления родовой деятельности 6. Противопоказанием для назначения блокаторов кальциевых каналов в качестве токолитика при преждевременных родах являются: А) Гипертензия Б) Почечная недостаточность В) Заболевания сердца ˇг) Хориоамнионит 7. При отсутствии эффекта от токолиза при преждевременных родах показана А) Транспортировка под прикрытием другого токолитика ˇБ) Пациентка должна остаться в ЛПУ В) Экстренное кесарево сечение Г) Транспортировка только санитарной авиацией 8. К основным состояниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщинам при беременности являются ˇА) Преэклампсия Б) Хронический гепатит В) Анемия легкой степени г) Анемия средней степени 9. К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести ˇА) Агональное состояние пациентки Б) Непрогрессирующая отслойка плаценты В) Состоятельность хирургического гемостаза Г) Преэклампсия 10. Очень ранние преждевременные роды это: ˇА) до 27 недель 6 дней Б) 28-31 неделя 6 дней В) 32 -33 недели 6 дней Г) 34 -36 недель 6 дней
--	--	--	--

			11. Цель токолитической терапии при преждевременных родах все, кроме: А) Отсрочить рождение ребенка Б) Доносить беременность до 40 недель* В) Транспортировка в перинатальный центр Г) Профилактика РДС у плода 12. Токолитическая терапия показана: А) При 4-х схватках за 20 минут в 32-33 недели гестации * Б) При тянущих болях внизу живота в 30 недель В) При раскрытии шейки матки 8 см на фоне схваток в 28 недель Г) При гипертонусе матки данным УЗИ в 32 недели. 13. Риски переносимости беременности: А) Меконимальная аспирация * Б) Развитие преэклампсии В) Изосенсибилизация Г) Синдром фетопереносимости Задача 1. Машиной скорой помощи доставлена в родильный дом районного центра роженица Д., 25 лет, в связи с начавшейся родовой деятельностью. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, слизистые выделения. Беременность третья, 30-31 неделя, желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. Беременность осложнилась анемией легкой степени, получает сорбифер по 1 таблетке в день, эффект от лечения положительный. Первая и вторая беременности закончились медицинскими абортами, постабортный период осложнился эндометритом, по поводу чего проводилось стационарное лечение. Состояние удовлетворительное. Температура 36,8°C. Пульс 92 в минуту. АД 110/70 мм ртст на обеих руках. Отеков нет. . ОЖ 80 см. ВДМ 30 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Пальпаторно схватки регулярные, интенсивные, по 30 секунд, через 5-6 минут. Предлежащая часть плотная, округлой формы, прижата ко входу в малый таз. Спинка обращена влево. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту. Влагалищное исследование: при осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Н/з: шейка матки цианотичная, наружный зев открыт, выделения слизистые. Р/В: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, по проводной оси таза, открытие 2 см. Мыс не достижим. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Кости черепа мягкие, швы и роднички выражены.
--	--	--	---

			Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодный пузырь цел. Дополнительные методы исследования: КТГ: оценка по Фишеру 6 баллов. Токограмма: базальный тонус 10 мм рт.ст. схватки по 60 секунд, средней силы, за 10 минут -4 схватки. Задание: Диагноз. Тактика Задача 2. Пациентка 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация 07.08. Дата поступления — 21.10. Настоящая беременность протекала с тошнотой и рвотой. 10.10. без видимой причины появились кровянистые выделения из влагалища, продолжались один день. 16 и 20.10 они повторились и были более обильными. Вмешательства, направленные на прерывание беременности, отрицает. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые несколько бледные, t-36,6°C. PS — 80 удар/мин., АД — 120/80 — 120/70 мм.Нг.При осмотре в зеркалах — слизистая шейки матки цианотичная. При бимануальном исследовании — цервикальный канал закрыт, матка соответствует 10 нед. беременности, своды свободны, придатки с обеих сторон не определяются. Задание: Диагноз. Диагностическая и лечебная тактика Задача 3. Повторнородящая с перенесенной беременностью (42 недели) поступила в родильный дом с излившимися зелеными околоплодными водами. В анамнезе кесарево сечение, произведенное два года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом. Задание: Диагноз? Тактика ведения? Задача 4. Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 34-35 нед, состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм рт.ст., пульс 98 в 1 мин. Задание: Диагноз? Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при поступлении? Тактика ведения беременной? Задача 5. Первобеременная 38 лет направлена на ультразвуковое исследование при сроке
--	--	--	--

			беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 80 кг, рост 155. Задание: Предположительный диагноз? Какова цель исследования?
5.3.	Беременность и роды при тазовом предлежании плода.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании: А. Тяжелый гестоз Б. Ножное предлежание В. Крупный плод Г. Все перечисленное 2. Для родоразрешения при ножном предлежании используют: А. Классическое акушерское пособие Б. Пособие по Цовьянову В. Извлечение плода за ножку Г. Кесарево сечение 3. При каком виде тазового предлежания оказывают пособие по Цовьянову I: А. Ножном Б. Смешанном ягодичном В. Коленном Г. Чисто ягодичном 4. Какие осложнения не возможны во втором периоде родов при чисто ягодичном предлежании: А. Образование заднего вида Б. Запрокидывание ручек В. Разгибание головки Г. Выпадение ножки 5. Мероприятия, необходимые во втором периоде родов при чисто ягодичном предлежании: А. Внутривенное капельное введение окситоцина Б. Применение спазмолитиков В. Эпизиотомия Г. Оказание пособия по Цовьянову 6. Проводная точка при тазовом предлежании: А. Передняя ягодица Б. Задняя ягодица В. Передняя ножка Г. Задняя ножка 7. Какие осложнения возможны в первом периоде родов при тазовом предлежании: А. Слабость родовой деятельности Б. Несвоевременный разрыв плодного пузыря В. Выпадение пуповины Г. Запрокидывание ручек 8. В чем преимущество правильного членорасположения плода при чисто ягодичном предлежании:

			А. Головка в согнутом состоянии Б. Ножки препятствуют запрокидыванию ручек В. Объем грудной клетки больше объема головки Г. Головка разогнута 9 .В какой части малого таза происходит внутренний поворот ягодиц: А. Во входе в малый таз Б. В широкой части полости малого таза В. В узкой части полости малого таза Г. На тазовом дне 10. Перечислите показания к экстракции плода за тазовый конец: А. Острая гипоксия плода во втором периоде родов при тазовом предлежании Б. Выпадение ножки плода при полном раскрытии В. Все вышеперечисленное Г. Острая гипоксия плода при оказании пособия по Цовьянову Задача №1. Повторнобеременная, первородящая, 35 лет. Две предыдущие беременности закончились медицинскими абортами по желанию женщины. Последние 6 лет лечилась по поводу бесплодия. Околоплодные воды излились за 2 часа до поступления в родильный дом. Схватки по 15-20 секунд через 7-8 минут. Положение плода продольное, ягодички плода подвижны над входом в малый таз. Окружность живота 100см, высота стояния дна матки -39см. Размеры таза 23-25-27-19. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки расположена по центру малого таза, укорочена до 1,5 см, плотная, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь отсутствует. Ягодички подвижны над входом в малый таз. Подтекают зеленоватые околоплодные воды. Задание: Поставьте диагноз и определите тактику ведения родов. Задача №2 В родильном блоке находится роженица 20 лет. Роды начались 10 часов назад. Схватки через 3—4 минуты по 35—40 секунд, переходят в потуги. Роды первые, срочные. Объективно: рост 158 см, вес 73 кг. АД 110/70, 120/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 26—28—30—21 см. Индекс Соловьева 15. Предполагаемая масса плода 3200 граммов.
--	--	--	---

			Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Воды излились 6 часов назад. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Межвертельная линия в левом косом размере таза. Выделяется густой меконий. Через 20 минут потуги стали слабее и реже. Сердцебиение плода 170 ударов в 1 минуту, глухое. По данным фетального кардиомонитора отмечено нарушение сердечного ритма плода. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Акушерская тактика. Задача 3. Первородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина. Ягодицы плода во входе таза. Задание: Что должен предпринять врач, ведущий роды? Задача 4. Первородящая, 34 года, находится во втором периоде родов. Ягодицы плода в полости малого таза. Схватки потужного характера через 2-3 минуты по 40-45 секунд средней силы. Предполагаемый вес плода 3,500г., сердцебиение плода 140 ударов в минуту, промежность высокая. Задание: Что следует предусмотреть в плане ведения настоящих родов? Задача 5. У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 ударов в минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины. Задание: Какую тактику следует избрать?
5.4.	Резус-конфликт при	Тестирование Устный и	1. Иммунологическая несовместимость по системе АВО проявляется в том случае, если:

	беременности.	письменный ответ Решение ситуационных задача Демонстрация пациентки	А) у матери 0(I) группа крови, а у плода - A(II) или AB(IV) Б) у матери A(II) группа крови, а у плода - 0(I) или B(III) В) у матери B(III) группа крови, а у плода - 0(I) или A(II) Г) у матери 0(I) группа крови, а у плода - A(II) или B(III) 2. Анализ крови на наличие антител и определение их титра у первобеременных с резус-отрицательной кровью проводят: А) до 20 недель беременности 1 раз в неделю, в последующем 1 раз в 2 недели Б) до 20 недель беременности 1 раз в месяц, в последующем 1 раз в 2 недели В) до 20 недель беременности 2 раза в месяц, в последующем 1 раз в неделю Г) до 30 недель беременности 1 раз в месяц, в последующем 1 раз в 2 недели 3. Нормальное содержание общего билирубина у новорожденного на 1-е сутки жизни колеблется в пределах: А) 14,4-23,3 мкмоль/л Б) 44-63,5 мкмоль/л В) 70-100,2 мкмоль/л Г) 120-140 мкмоль/л 4. Новорожденный от матери с резус отрицательным фактором крови родился с желтушным окрашиванием кожи и слизистых. У новорожденного группа крови B (III) (Rh +), гемоглобин 110 г/л, билирубин в пуповинной крови 90 мкмоль/л. Диагноз: А) физиологическая желтуха Б) гемолитическая болезнь новорожденного, анемическая форма В) гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма Г) гемолитическая болезнь новорожденного, отечная форма 6. УЗИ признак, указывающий на развитие гемолитической болезни плода у беременных с резус-отрицательной кровью: А) толщина плаценты 60-80 мм Б) величина воротникового пространства 3,0 см В) увеличение размеров печени и селезенки плода Г) окрашивание околоплодных вод в желтый цвет 7. У новорожденного с B (III) (Rh +) кровью, родившегося от матери с резус отрицательным фактором крови, через 2 недели отмечается бледность кожных покровов, слизистых
--	---------------	--	--

			оболочек, гемоглобин 120 г/л, билирубин 75 мкмоль/л. Диагноз: А) физиологическая желтуха Б) гемолитическая болезнь новорожденного, анемическая форма В) гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма Г) гемолитическая болезнь новорожденного, отечная форма 8. Патогенез накопления жидкости в тканях, серозных полостях плода и развития отечной формы гемолитической болезни: А) гиперпротеинемия, портальная гипертензия и повышение центрального венозного давления Б) гипопропротеинемия, портальная гипертензия и повышение центрального венозного давления В) гипопропротеинемия, портальная гипертензия и снижение центрального венозного давления Г) гиперпротеинемия, портальная гипертензия и снижение центрального венозного давления 9 Причины образования резус-антител в крови у резус-отрицательных беременных: А) искусственный аборт Б) все вышеперечисленное В) переливание резус-положительной крови в детском возрасте Г) преждевременная отслойка плаценты при предыдущей беременности 10. Фототерапия - облучение ребенка источниками света с длиной волны 450 нм приводит к: А) образованию водорастворимого изомера билирубина Б) образованию жирорастворимого изомера билирубина В) снижению гемолиза эритроцитов Г) повышению активности ферментов печени Задача №1. В родильный дом по направлению женской консультации поступила беременная со сроком 34-35 недель, изосерологической несовместимостью крови по Rh-фактору с титром антител 1:8. Соматический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии не проводились. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен 1 самопроизвольным абортом при беременности 6-7 недель (с abrasio cavi uteri); 2 беременность закончилась срочными родами, осложнившимися плотным прикреплением плаценты, в результате чего проводилось ручное отделение плаценты и выделение последа. По поводу наличия эрозии шейки матки
--	--	--	--

			проводилось лечение методом криодеструкции. Дважды проводилась десенсибилизирующая терапия в условиях акушерского стационара. Течение беременности осложнилось угрожающим самопроизвольным абортom на ранних сроках. При повторном УЗИ патологии со стороны плода не выявлено. Задание: 1. Диагноз. 2. Назовите показания к настоящей госпитализации. Задача №2. Женщине, имеющей резус-отрицательную принадлежность крови был сделан медицинский аборт. Задание: Какие нужно провести действия с целью предотвращения развития ГБН у ее потомков в будущем? Задача №3. У доношенного новорожденного массой 2900 г от 1-й беременности 1-х физиологических родов матери, которая имеет 0 (I) группу крови резус-положительную принадлежность, на 2-е сутки жизни появилась желтуха, непрямой билирубин в динамике повысился за сутки от 100 мкмоль / л до 340 мкмоль / л, уровень гемоглобина составляет 130 г / л. Группа крови ребенка А (II), резус-отрицательная принадлежность. Задание: Предварительный диагноз? Обоснование необходимости ОЗПК? Какую кровь и в каком объеме следует использовать при операции? Задача №4 У доношенного новорожденного от 2-й беременности (первая закончилась выкидышем) 1-х родов матери, имеющей резус-отрицательную принадлежность крови, при рождении отмечается субиктеричный оттенок кожных покровов. Задание: План обследования? Задача №5. У новорожденного ребенка от 2-й беременности 2-х родов у матери, которая имеет группу крови А (II) резус-отрицательную принадлежность, с массой 2900 г во время обследования выявлено: группа крови О (I) резус положительный принадлежность, общий билирубин пуповинной крови 85 мкмоль / л за счет непрямого, гемоглобин 120 г / л. Задание: Предварительный диагноз? Принципы лечения?
5.5.	Многплодная беременность.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение	1. Какие сроки гестации - «критические» для беременных с многоплодием в отношении риска преждевременных родов? *а. С 22–24 и с 25– 27 недели. б. До 12 недель.

		ситуационных задача Демонстрация пациентки	в. 36-37 недель. г. 17-19 недель. д. 5-6 недель. 2. Показания к кесареву сечению во время родов при многоплодной беременности: а. Стойкая слабость родовой деятельности. б. Выпадение мелких частей плода. в. Выпадение петель пуповины. г. Симптомы острой гипоксии одного из плодов. *д. Все вышеперечисленное 3. Какие наиболее характерные осложнения при монохориальной моноамниотической двойни? а. Синдром фета-фетальной трансфузии. б. Острая интранатальная трансфузия. в. Выраженная острая гиповолемия плода-донора. г. Симптомы острой гипоксии, внутриутробной гибели одного из плодов. *д. Все вышеперечисленное. 4. Роды при монохориальной моноамниотической двойне лучше проводить в сроке беременности: а. 39-40 недель. б. 37-38 недель. в. До 30 недель. г. С началом родовой деятельности. *д. 33-34 недели. 5. Что из нижеуказанного не типично для многоплодной беременности? а) железодефицитная анемия; *б) макросомия плодов; в) предлежание сосудов пуповины; г) врожденные аномалии плодов; д) многоводие. 6. Многоплодная беременность связана с повышенным риском: а) перинатальной заболеваемости; *б) все вышеперечисленное; в) внутриутробной задержки развития плода; г) выпадения пуповины; д) послеродового кровотечения. 7. С чем связаны маловодие и анемия одного плода и многоводие и полицитемия другого, отмечаемые при монозиготной двойне? а) с врожденными аномалиями плодов; *б) наличием сосудистых анастомозов между плацентами; в) сдавлением пуповины; г) диабетом матери. 8. С чем связано наблюдаемое при двойне
--	--	---	---

			состояние, когда у одного плода отмечается задержка развития, анемия и гиповолемия, а у другого — гиперволемия, гипертензия, полицитемия и застойная сердечная недостаточность? а) с синдромом сращения; *б) трансфузионным синдромом близнецов; в) синдромом единственной пупочной артерии. Задача №1. Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода проведено влагалищное исследование, при котором обнаружено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода расположена справа. Сердцебиение плода четкое, ритмичное 140 уд/мин. Задание: Какая тактика последующего ведения родов наиболее целесообразна? Задача №2. Второй период первых своевременных родов двойней. После рождения первого плода появились обильные кровянистые выделения. Проведено влагалищное исследование, при котором обнаружено, что второй плод находится в продольном положении, чисто ягодичное предлежание. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 90 уд/мин. Задание: Диагноз и какая тактика последующего ведения родов наиболее целесообразна?
5.6.	Родовой травматизм (узкий таз; неправильные положения плода; разгибательные головные предлежания). Клинически узкий таз.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задача Демонстрация пациентки	1. При разрыве промежности II степени происходит все перечисленное, кроме а) нарушения задней спайки б) повреждения стенок влагалища в) повреждения мышц промежности *г) повреждения наружного сфинктера прямой кишки д) повреждения кожи промежности 2. При разрыве промежности III степени швы накладывают, как правило, в следующей последовательности: а) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности б) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности *в) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности

			г) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности д) на слизистую влагалища, мышцы промежности, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности 3. Насильственные разрывы шейки матки образуются во всех перечисленных ситуациях, кроме: а) наложения акушерских щипцов б) поворота плода на ножку в) извлечения плода за тазовый конец г) плодоразрушающих операций * д) длительного сдавления шейки матки при узком тазе 4. При разрыве промежности I степени швы накладывают, как правило: а) на слизистую влагалища б) на мышцы промежности в) на кожу промежности * г) верно а) и в) д) на все перечисленное 5. Разрыв шейки матки III степени (с одной или двух сторон) характеризуется тем, что он: а) более 2 см, но не доходит до свода влагалища б) доходит до свода влагалища в) сливается с разрывом верхнего отдела влагалища * г) верно б) и в) д) все перечисленное неверно 6. Тактика ведения больных при быстро нарастающей гематоме наружных половых органов должна быть следующей: а) применяют давящую повязку в) внутрь - витамин С, хлорид кальция в) проводят антианемическое лечение г) верно все перечисленное * д) все перечисленное неверно 7. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является а) восстановление слизистой влагалища б) наложение швов на мышцы промежности в) восстановление сфинктера прямой кишки * г) зашивание разрыва стенки прямой кишки 8. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием: * а) болезненности нижнего сегмента матки б) сильной родовой деятельности в) затруднения мочеиспускания г) отека шейки матки
--	--	--	--

			9. Профилактика акушерских травм таза у беременных группы риска включает: а) госпитализацию в родоразделительное отделение за 10-12 дней до срока родов б) ношение родового бандажа в) полноценное питание с достаточным количеством белка * г) все перечисленное д) ничего из перечисленного 10. Причины разрыва мочевого пузыря в родах: а) разрыв матки в родах б) извлечение крупного плода из полости матки в момент операции кесарева сечения через небольшое отверстие в матке в) насильственный разрыв матки при родоразрешающих операциях *г) все перечисленные д) ничего из перечисленного Задача №1. У роженицы 33 лет схватки через 2—3 минуты по 50 секунд, сильные. Роды в срок, начались 4 часа назад, одновременно излились воды. Беременность шестая, роды вторые. Объективно: рост 152 см, вес 65 кг. АД 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 90 ударов в 1 минуту. Размеры таза: 27—28—30—18 см. Высота стояния дна матки 38 см. окружность живота 105 см. Индекс Соловьева 16 Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 удара в 1 минуту. Признак Вастена вровень. Роженица беспокойна, кричит. Пальпация нижнего сегмента болезненна. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 9 см. Передняя губа шейки матки отечна. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, отклонен кзади. Диагональная конъюгата 11 см. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Акушерская тактика. Задача №2. Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм ртутного столба. Схватки через 2—3 минуты по 50—55 секунд. Матка вне схватки плохо расслабляется, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Размеры таза 25—28—31—18 см. Признак Вастена
--	--	--	---

		«вровень». Сердцебиение плода глухое, 150—160 ударов в минуту. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, отёк передней губы шейки матки; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Стреловидный шов отклонён кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне. Задание: 1. Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №3. Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились искусственным абортом, третья – кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм ртутного столба, пульс 120 ударов в минуту. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. Сердцебиение плода не прослушивается, головка плода сместилась вверх, отчетливо пальпируются мелкие части плода. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №4. У роженицы 22 лет регулярная родовая деятельность в течение 7 часов, беременность доношенная. Схватки через 4 минуты по 35 секунд средней силы. Недавно отошли светлые воды. Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм ртутного столба. Размеры таза: 24—26— 28—19 см. Индекс Соловьева 1,5 . Высота стояния дна матки 35 см, окружность живота 92 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Признак Вастена отрицательный. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее тонкие, мягкие, открытие зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика.
--	--	--

			Задача №5. Плановая госпитализация в родовое отделение беременной 32 года. Срок беременности 38 недель. В анамнезе: преждевременные роды в 35 недель, масса плода 2300 граммов, ребенок жив. Вторые роды в срок, плод массой 3500 граммов извлечен мертвым с помощью операции краниотомии. Настоящая беременность третья, протекала удовлетворительно. Объективно: рост 150 см, вес 58 кг. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 24—26—28—17,5 см. Индекс Соловьева 16. Высота стояния дна матки 36 см, окружность живота 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки плотная, длиной 2 см, отклонена кзади, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Мыс достигается, диагональная конъюгата 10 см. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Акушерская тактика.
5.7.	Патология сократительной деятельности матки в родах.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Дискоординация родовой деятельности это - смещение "водителя ритма" по горизонтали (правая и левая половины матки сокращаются в разном ритме) - смещение "водителя ритма" по вертикали (на тело или нижний сегмент матки) - возникновение нескольких водителей ритма в матке - нарушение тройного нисходящего градиента в сократительной деятельности матки - все перечисленное 2. При дискоординации родовой деятельности нарушен тонус: - симпатико-адреналовой системы - холинергической системы - всего перечисленного - ничего из перечисленного 3. При дискоординации сократительной деятельности матки внутриамниотическое давление по сравнению с нормой: - повышено - понижено - не изменено - зависит от толщины стенки матки 4. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся: - резкая болезненность схваток - повышение базального тонуса матки

			в) затруднение мочеиспускания г) уплотнение краев шейки матки в схватку *д) все перечисленные е) правильно а) и б) 5. При дискоординации сократительной деятельности матки плодный пузырь: а) плоской формы б) имеет плотные плодные оболочки в) натянут на предлежащей части плода г) функционально неполноценен *д) верно все перечисленное 6. К несвоевременному излитию околоплодных вод приводят: а) воспалительные изменения амниона б) неравномерная скорость повышения и снижения внутриматочного давления *в) и то, и другое г) ни то, ни другое 7. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно: а) болезненность схваток б) затрудненное мочеиспускание в) затрудненная пальпация предлежащей части плода г) все перечисленное *д) ничего из перечисленного 8. Основными причинами дискоординации родовой деятельности являются: а) нейро-эндокринные нарушения б) анатомическая ригидность шейки матки г) функционально неполноценный плодный пузырь *д) все перечисленное е) ничего из перечисленного 9. Для течения быстрых родов наиболее характерно: а) повышение температуры тела б) тошнота, рвота в) сухой язык, тахикардия г) все перечисленное *д) ничего из перечисленного 10. Наиболее частыми осложнениями для матери при дискоординации родовой деятельности являются: а) разрывы родовых путей б) преждевременная отслойка плаценты в) эмболия околоплодными водами *г) все перечисленные д) ничего из перечисленного Задача №1. В родильном зале находится роженица 23 лет. Роды первые, срочные.
--	--	--	--

			Схватки начались 14 часов назад, темп развития родовой деятельности медленный. Околоплодные воды излились 4 часа назад, светлые. Через 12 часов от начала родов роженице был дан медикаментозный сон. После пробуждения схватки через 5—6 минут по 30 секунд, слабые. При внутреннем исследовании обнаружено открытие маточного зева 7—8 см. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. С целью усиления родовой деятельности начато внутривенное капельное введение окситоцина. Через 1 час от начала стимуляции начались потуги через 2—3 минуты по 45 секунд. Сердцебиение плода приглушено, 110 ударов в 1 минуту, ритмичное. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, предлежит головка, расположена в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди у лона. Плодного пузыря нет. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Акушерская тактика. Задача №2. У первородящей 30 лет 6 часов назад началась родовая деятельность. Схватки через 2—5 минут по 35—40 секунд, во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное. Беременность четвертая, в анамнезе 3 искусственных аборта. В последнюю неделю плохо спала, беспокоили нерегулярные боли в поясничной области и внизу живота. Роды начались в ожидаемый срок. Объективно: А/Д 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 84 удара в 1 минуту. Размеры таза нормальные. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в 1 минуту, ритмичное, приглушено. Предполагаемая масса плода 3100 граммов. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы. Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Задание: 1. Поставить диагноз. 2. Акушерская тактика. Задача №3. У роженицы 19 лет схватки начались 10 часов назад. Беременность доношенная. В анамнезе самопроизвольный аборт в 9 недель беременности. Схватки через 5-
--	--	--	--

			6 минут по 30 секунд, слабые. Роженица утомлена, дремлет между схватками. Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза нормальные. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Воды целы. Предполагаемая масса плода 3400 граммов. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №4. Родильница 28 лет доставлена в родильный дом с бурной родовой деятельностью. Роды первые. Размеры таза: 23-25-28-18 см. Признак Генкель-Вастена положительный. Роженица возбуждена, живот напряженный, болезненный в нижних отделах. Контракционное кольцо на уровне пупка, расположено косо. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140/мин. Какое осложнение возникло у родильницы? Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №5. Спустя 10 часов от начала родов при полном раскрытии маточного зева отошли светлые околоплодные воды. После этого родовая деятельность резко ослабела: потуги короткие, нерегулярные, слабые, головка плода не продвигается. Определите характер родовой деятельности. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика.
5.8.	Акушерские кровотечения (классификация 4 буквы «Т»).	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Шоковый индекс – это: а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД * б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса г) ничего из перечисленного 2. Норма шокового индекса все, кроме: а) 0.6 б) 0.8 в) 0,9

			г) 1.2* 3. Большинство случаев смерти в результате послеродовых кровотечений происходит в течение: 1. Первых 6 часов после родов; 2. Первых 12 часов после родов; 3. Первых 24 часов после родов; 4. Первого часа после родов *. 4. Визуальное определение кровопотери имеет следующие ограничения 1. Ошибка увеличивается с возрастанием объема кровопотери; * 2. Ошибка уменьшается с возрастанием объема кровопотери; 3. Недооценивает реальную кровопотерю в среднем на 5%; 4. Используется для оценки объема потери крови с точностью 90%. 5. Визуальное определение кровопотери недооценивает реальную кровопотерю в среднем на: 1. 50%; 2. 30%; * 3. 100%; 4. 90%. 6. К высокому риску послеродовых кровотечений относится все, кроме: 1. Многоплодная беременность; 2. Более 4 родов в анамнезе; 3. Предлежание плаценты; 4. Бронхиальная астма * 7. Клиническими признаками послеродового кровотечения являются: 1. Нарушение общего состояния (слабость, головокружение, обморочное состояние, сонливость, тошнота, ощущение сердцебиения мелькание «мушек» перед глазами, помутнение зрения и др.); * 2. Выделение крови сразу после рождения ребенка; 3. Синюшность кожных покровов и слизистых оболочек; 4. Боли в области матки за лоном. 8. Основными осложнениями массивной кровопотери являются все вышеуказанные признаки, кроме: 1. Острое повреждение печени; * 2. Шок; 3. Респираторный дистресс-синдром взрослых; 4. ДВС-синдром. 9. При проведении «прикроватного теста»
--	--	--	--

			сгусток должен образоваться в течение: 1. 7 минут * 2. 2 минуты 3. 15 минут 4. 30 минут. 10. Причинами ранних послеродовых кровотечений является все, кроме : 1. послеродовой инфекции * 2. атония матки 3. травма влагалища 4. остатки плацентарной ткани. Задача № 1. В родильный дом по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет, срок беременности 34—35 недель. Беременность первая, с 28 недель осложнилась гестозом. Лечилась в дневном стационаре, от госпитализации отказывалась, последний месяц женскую консультацию не посещала. Заболела остро 2 часа назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища начались кровянистые выделения в умеренном количестве. Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожа бледная, отеки ног. АД 100/50, 100/60 мм ртутного столба. Пульс 104 удара в 1 минуту. Матка соответствует сроку беременности, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Над входом в малый таз пальпируется головка. Сердцебиение плода глухое, 115 ударов в 1 минуту. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев закрыт. Предлежит головка, над входом в малый таз. Выделения кровянистые, умеренные. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача № 2. В родильное отделение экстренно доставлена беременная 23 лет с обильным кровотечением из половых путей. Беременность третья, в анамнезе 2 искусственных аборта. Срок беременности 33 недели. Кровотечение началось 1,5 часа назад, ночью. Вначале оно было незначительным, затем усилилось. Объективно: кожа бледная. Пульс 106 ударов в 1 минуту. АД 90/60, 80/60 мм. ртутного столба. Матка в обычном тонусе, соответствует сроку 33 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130 ударов в 1 минуту. Воды не отходили. С целью выявления причины
--	--	--	---

			акушерского кровотечения в позднем сроке беременности проведено ультразвуковое исследование, при котором обнаружено, что плацента полностью перекрывает внутренний зев цервикального канала. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача № 3. В родильный дом поступила повторнородящая роженица 27 лет. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в 1 минуту. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Воды не отходили. Схватки через 5 минут по 30 секунд, средней силы. С целью выявления причины влагалищного кровотечения срочно проведено УЗИ, обнаружены признаки частичного предлежания плаценты. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, мягкая, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань. Предлежит головка над входом в малый таз. Мыс не достигается. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача № 4. В родильном зале находится роженица 21 года. Беременность вторая, роды первые. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 16 недель с выскабливанием полости матки. Рост 161 см, вес 73 кг. Соматически здорова. Через 10 часов от начала схваток родился живой доношенный мальчик весом 3300 г. Через 10 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря 150 мл. А/Д 110/70, 115/70 мм ртутного столба, пульс 78 ударов в 1 минуту. Через 20 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача № 5. В родильном блоке находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 часов родилась
--	--	--	---

			живая девочка массой 4450 граммов. С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки введен внутривенно метилэргометрин. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 минут из половых путей началось кровотечение. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась. Состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в 1 минуту, АД 110/60, 110/65 мм ртутного столба. Кровопотеря 550 мл. Задания: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика.
5.9.	Акушерские операции второй половины беременности.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода является 1) анатомическое сужение таза 2) ножное предлежание плода 3) крупный плод 4) * все ответы правильны 2. Показанием к операции кесарева сечения в родах при тазовом предлежании живого доношенного плода является 1) рубец на матке 2) слабость родовой деятельности не поддающаяся терапии 3) выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 4-5 см. и ножном предлежании плода 4)* все ответы правильны 3. Для операции наложения выходных акушерских щипцов необходимы следующие условия 1) открытие шейки матки полное 2) живой плод 3) отсутствие плодного пузыря 4) головка плода расположена стреловидным швом в прямом размере плоскости входа *а) правильно 1, 2, 3 4. Показания к операции кесарева сечения определяют, как правило: 1) со стороны матери 2) со стороны плода 3) по анатомическим размерам таза 4) правильно 1, 2, 6. К операции корпорального (классического) кесарева сечения могут быть следующие показания 1) выраженный варикоз вен нижнего сегмента

			2) бывшее ранее корпоральное кесарево сечение 3) наличие шеечно-перешеечного миоматозного узла 4) планируемая вслед за операцией кесарева сечения надвлагалищная ампутиация или экстирпация матки 5). * все ответы правильны 7. При выборе методики операции кесарева сечения, как правило, необходимо учитывать следующее 1) условия для операции 2) противопоказания к операции 3) технические возможности хирурга 4) факторы риска послеоперационных септических осложнений 5). * все ответы правильны 8. Вслед за операцией интраперитонеального кесарева сечения оперирующему врачу приходится переходить на операцию надвлагалищной ампутиации или экстирпации матки при следующих клинических ситуациях 1) преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и развитии "матки Кувелера" 2) гнойном метроэндометрите 3) истинном приращении плаценты 4) субсерозной миоме матки 5). * правильно 1, 2, 3 9. Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном зависит 1) от выбора методики операции 2) от техники зашивания разреза на матке во время операции 3) от степени чистоты влагалищного мазка до операции 4) от ведения послеоперационного периода 5). * все ответы правильны д) все ответы неправильны 10. Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее 1) учет факторов риска септических осложнений 2) учет динамики пульса и артериального давления 3) оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного
--	--	--	--

			(послеродового) периода 4) * все ответы правильны Задача №1. Повторнородящая 28 лет. 3 года назад - кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по поводу клинически узкого таза. В настоящее время родовая деятельность слабая. Имеется полная соразмерность головки плода и таза матери. Длительность родов - 5 ч. Шейка укорочена до 1.5 см, шейный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №2. Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала. Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Сердцебиение - 160 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел, плоской формы. Головка прижата ко входу в малый таз. Размеры таза нормальные. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №3. Повторнобеременная пациентка О. 28 лет, рождает впервые. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №4. Во II периоде родов у роженицы 23 лет возник приступ судорог. АД - 180/100 мм рт.ст. Сердцебиение плода -132/мин, ритмичное. Стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода из малого таза. Каковы действия врача в данном случае наиболее целесообразны? Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №5. Роженица 30 лет, соматически здорова. II период родов. Предполагаемая масса плода 3100 г. Сердцебиение плода глухое, 90/мин., ритмичное, головка на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода из малого таза, вид передний. Задание: Какова тактика врача наиболее целесообразна в данном случае?
5.10.	Послеродовые гнойно-	Тестирование Устный и	1. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины

	септические заболевания.	письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом б) с хроническим воспалительным процессом гениталий в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит) * г) со всем перечисленным 2. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания б) в локальном воздействии на очаг инфекции в) в повышении неспецифической реактивности организма * г) во всем перечисленном 3. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена а) золотистым стафилококком б) грамотрицательной флорой в) анаэробами * г) ассоциацией микроорганизмов 4. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов а) температура тела родильницы 38°C и выше б) тахикардия до 100 ударов в минуту * в) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов г) все перечисленное 5. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал а) с помощью трихомонад б) с помощью сперматозоидов в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы * г) всеми перечисленными способами д) ни одним из перечисленных способов 6. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки а) ознобы б) появление жидкого стула в) появление резей при мочеиспускании * г) все перечисленное д) ничего из перечисленного 7. Бактероиды наиболее чувствительны к действию а) эритромицина б) линкомицина в) метронидазола г) * всего перечисленного
--	--------------------------	---	--

			8. Условия, способствующие развитию лактационного мастита а) лактостаз б) трещины сосков в) снижение иммунологической защиты организма * г) все перечисленное д) ничего из перечисленного 9. К группе риска по развитию послеродового мастита относится а) мастит в анамнезе б) мастопатия в) наличие послеродового эндометрита * г) все перечисленное д) ничего из перечисленного 10. При послеродовом мастите чаще бывает поражение а) двустороннее б) у повторнородящих в) ниже-внутреннего квадранта г) всего перечисленного * д) ничего из перечисленного Задача №1. Женщина 32 лет обратилась с жалобами на боль внизу живота, повышение температуры тела, познабливание, обильные выделения из половых путей. 4 дня назад произведен медицинский аборт. При осмотре живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Матка незначительно увеличена, болезненная при пальпации, неоднородной консистенции. Придатки без особенностей, выделения из половых путей серозно-гнойные. Ваш предполагаемый диагноз? Задача №2. На 21-й день после родов к врачу обратилась родильница с жалобами на внезапно появившуюся боль, гиперемию и уплотнение в молочной железе справа, повышение температуры до 38°C, головную боль, недомогание. Объективно: трещина в области соска, увеличение в объёме правой молочной железы, болезненность при её пальпации. О какой патологии можно думать? Задача №3. На 8 день после родов к врачу обратилась родильница с жалобами на внезапно появившуюся боль, гиперемию и уплотнение в молочной железе слева, повышение температуры до 39°C, головную боль, недомогание. Объективно: трещина в области
--	--	--	--

			соска, увеличение в объеме левой молочной железы, усиление боли при ее пальпации. О какой патологии можно думать в данном случае? Задача №4. В послеродовом отделении находится родильница 29 лет. Роды произошли 5 дней назад, осложнились ранним излитием околоплодных вод и слабостью родовых сил. Ребенок приложен к груди через 2 часа после родов, сосет активно. На третьи сутки после родов отмечено нагрубание молочных желез, затрудненное сцеживание молока. На пятые сутки после родов появился озноб, повышение температуры тела до 38,4°C, головная боль, слабость, боль в правой молочной железе. Молочные железы в состоянии выраженного нагрубания, имеются трещины на сосках. В правой молочной железе в наружном квадранте пальпируется болезненное уплотнение, кожа над ним гиперемирована, горячая. О какой патологии можно думать в данном случае? Задача №5. В послеродовом отделении находится родильница 25 лет. Жалобы на озноб, повышение температуры тела, боли внизу живота. Роды произошли 2 дня назад, осложнились плотным прикреплением плаценты. Проведена операция ручного отделения и выделения плаценты. Объективно: состояние женщины средней тяжести, температура 38,3° С, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах, дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, без запаха. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, при пальпации безболезненные. О какой патологии можно думать в данном случае?
6 Проблемы неонатологии.			
6.1.	Понятие о перинатальной смертности и заболеваемости.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Понятие перинатальная смертность означает а) смерть ребенка в родах *б) потеря плода "вокруг родов" - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде в) мертворождаемость г) антенатальная гибель плода 2. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом а) (число мертворожденных) / (число родов) × 1000

			б) (число умерших интранатально) / (число родившихся мертвыми) $\square$ 1000 * в) (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения) / (число родившихся живыми и мертвыми) $\square$ 1000 г) (число умерших в первые 7 суток после рождения) / (число родов) $\square$ 1000 д) (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения) / (число родившихся живыми) $\square$ 1000 4. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является а) число осмотренных женщин б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет в) число женщин, направленных на лечение в санаторий *г) доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин 5. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности, как правило, имеет а) антенатальная смертность б) интранатальная смертность *в) ранняя неонатальная смертность г) постнеонатальная смертность 6. В структуре причин перинатальной смертности в России первое место занимает *а) асфиксия б) родовая травма в) врожденный порок развития г) пневмония д) гемолитическая болезнь новорожденного 7. Летальность новорожденных при родовой травме определяется следующим образом а) абсолютное число детей, умерших от родовой травмы б) (число детей, умерших от родовой травмы) / (число родившихся живыми) $\square$ 100 в) (число умерших детей в первые 7 суток) / (число родившихся живыми) $\square$ 1000 *г) (число детей, умерших от родовой травмы) / (число детей, страдающих родовой травмой) $\square$ 100 8. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило а) в диспансеризации гинекологических больных б) в обследовании и наблюдении беременных женщин в) в проведении периодических медицинских осмотров
--	--	--	---

			* г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин д) правильно в) и г) 9. Основным критерием живорождения является а) масса плода 1000 г и более б) рост плода 35 см и более в) наличие сердцебиения *г) наличие самостоятельного дыхания 10. К материнской смертности относится смертность женщины а) от медицинского аборта б) от внематочной беременности в) от пузырного заноса *г) от всего перечисленного Задача №1. Назовите основные показатели качества лечебно-профилактической помощи женщинам (женской консультации, родильного отделения). Задача №2. Перечислить показатели деятельности женской консультации: материнская и перинатальная смертность; процент невынашивания (выкидыши, преждевременные роды); частота преэклампсий, эклампсий, в т.ч. их тяжелых форм; соотношение беременностей, которые закончились искусственными выкидышами и родами. Задача №3. Назовите основные показатели работы акушерского стационара: материнская заболеваемость и смертность, перинатальная, неонатальная смертность, заболеваемость новорожденных, акушерский травматизм матерей и детей. Задача №4. Формулы расчета материнской и перинатальной смертности.
6.4.	Неонатальные скрининги. Заболевания периода новорожденности .	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся а) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода *б) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения в) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов г) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения

			д) ничего из перечисленного 2. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе мать - плацента – плод приводит к развитию следующих осложнений а) гестозу б) преждевременному прерыванию беременности в) гемолитической болезни новорожденного *г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного 3. Гемолитическая болезнь новорожденного связана а) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода б) с изоиммунизацией матери по резус-фактору *в) со всем перечисленным г) ни с чем из перечисленного 4. Термин изоиммунизация означает а) стимуляцию иммунитета б) подавление иммунитета в) образование антител г) снижение реактивности организма 5. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью а) групп крови матери и плода б) крови матери и плода по резус-фактору в) по другим дополнительным антигенам (М, Келл, Даффи и др.) г) всего перечисленного д) ничего из перечисленного 6. Условиями возникновения резус-конфликта являются а) наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери б) сенсibilизация матери к резус-фактору в) переливание несовместимой крови в анамнезе г) аборт в анамнезе д) все перечисленное 7. После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет а) 10% б) 30% в) 50% г) 100% 8. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет а) 0.3-0.7% б) 3-7%
--	--	--	---

			в) 10% г) 15% 9. Сочетание групповой и резус-сенсibilизации в материнском организме для плода а) не имеет значения б) более опасно в) менее опасно г) очень опасно 10. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является а) нарастание титра антител б) "скачущий титр антител" в) наличие "неполных" антител г) признаки отека плаценты и плода д) все перечисленное Задача №1. У пациентки 26 лет наступила беременность после проведения программы ВРТ (экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона). В первом триместре беременности осуществлялась гормональная «поддержка» в связи с угрозой выкидыша. На 20-ой неделе беременности в институте генетики проведено ультразвуковое исследование с целью дородовой диагностики врожденных пороков развития плода. Обнаружен так называемый «симптом лимона» (гидроцефалия) и менингоцеле (спинномозговая грыжа), что вызвало серьёзные подозрения на имеющийся у ребёнка синдром Арнольда-Киари. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №2. В анамнезе у женщины 30 лет с нормальным фенотипом 5 самопроизвольных выкидышей сроком от 6 до 8 недель беременности. При обследовании у врача-генетика пациентке поставлен диагноз: синдром Тернера (мозаицизм 46 XX/ 45 X в соотношении 80% к 20%). Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №3. В женскую консультацию обратилась повторнобеременная пациентка 22 лет по поводу беременности сроком 8 недель. В анамнезе 1 роды, которые закончились рождением ребенка с синдромом Клайнфелтера (47XXY). Ребенок умер в 8-месячном возрасте от порока сердца. Для решения вопроса о целесообразности повторной беременности родители обратились к врачу-генетику. Был
--	--	--	---

			определен кариотип отца (46 ХУ) и матери (46 ХХ). Учитывая нормальный кариотип родителей, специалисты разрешили повторную беременность с выполнением методов пренатальной диагностики плода на ВПР. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №4. Восемнадцатилетняя девушка обратилась в медико-генетическую консультацию, когда срок беременности насчитывал 16 недель. Причина, по которой она решила проконсультироваться, болезнь Дауна у старшей сестры. Мать беременной женщины оказалась носителем транслокации 15/21. Для решения вопроса о целесообразности вынашивания ребенка была проведена пренатальная диагностика синдрома Дауна. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика. Задача №5. Роды у пациентки 32 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая — искусственным абортom, третья — родами в 38 недель, ребенок умер на седьмые сутки от желтухи. Во время настоящей Беременности обнаружены резус-антитела в сыворотке крови в титре 1:8. При динамическом наблюдении нарастания титра антител не отмечено. В 37 недель решено провести родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3000 граммов. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа бледная. Оценка по шкале Апгар через 1 минуту 7 баллов, через 5 минут – 8 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, Нб – 140 г/л. Задание: 1 Поставить диагноз. 2 Акушерская тактика.
6.5.	Инфекционные заболевания новорожденных и грудных детей. Источники инфекции и пути заражения.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Конъюнктивиты, вовлечение лимфатической системы у детей характерно для клиники а) аденовирусной инфекции* б) гриппа в) риновирусной инфекции г) респираторно-синцитиальной инфекции 2. Ведущим признаком крупа у детей является а) лихорадка б) гиперемия лица в) инспираторная одышка* г) экспираторная одышка 3. Наиболее частое осложнение ОРВИ у детей

		а) пневмония* б) лейкоз в) сахарный диабет г) туберкулез 4.Пятна Бельского-Филатова-Коплика появляются у детей на а) лице б) туловище в) конечностях г) слизистой оболочке щек* 5.Сыпь при кори появляется на день болезни а) 1 - 2 б) 2 - 3 в) 4 – 5* г) 6 - 7 6.Первые элементы сыпи при кори у детей появляются на а) лице* б) туловище в) руках г) ногах 7.Сыпь при кори у детей а) геморрагическая б) везикулезная в) пустулезная г) пятнисто-папулезная* 8.Активную иммунизацию против кори проводят детям а) живой коревой вакциной* б) человеческим иммуноглобулином в) туберкулином г) аскорбиновой кислотой 9.Возбудителем краснухи является а) вирус* б) стрептококк в) шигелла г) микоплазма 10.Возбудителем ветряной оспы у детей является а) вирус* б) стафилококк в) микобактерия г) шигелла Задача 1. На прием к участковому педиатру пришли родители с 5-месячным ребенком. Мальчик родился доношенным с массой тела 3550 г и длиной 52 см. Беременность протекала с токсикозом 1-й и 2-й половины. На 3-м месяце беременности мать перенесла пневмонию,
--	--	--

			лечилась в стационаре, получала антибиотики. В это же время, в период болезни употребляла много продуктов, содержащих повышенное количество облигатных аллергенов. Отец ребенка страдает экземой. В возрасте 5 месяцев перенес ОРВИ, осмотрен участковым врачом, проведен курс лечения ампиоксом. Через 7 дней проявления ОРВИ купировались, однако симптомы поражения кожи усилились, появился жидкий стул без патологических примесей. Бактериологическое исследование кала отрицательное. Выскажите Ваши предположения о диагнозе. Эталон ответа: Экссудативно-катаральный диатез. Манифестная фаза. Задача 2 На дому участковым врачом осматривается ребенок в возрасте 10 дней. Родился от 1 беременности, 1 родов, которые протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 50 см, оценка по Апгар 8-9 баллов. Выписан в удовлетворительном состоянии из роддома на 6 сутки, массой 3350 г, максимальная убыль массы была 200 г. анализ крови на 5-ый день жизни: Эр $6,0 \cdot 10^{12}/л$, Нб 190 г/л, ЦП 1,1, Le $18,0 \cdot 10^9/л$, п/я 5, с/я 40, л 45, м 8, э 2, СОЭ 6 мм/ч. На 7 сутки ребенок осмотрен участковым врачом, который отклонений в состоянии здоровья не выявил, дал совет по вскармливанию ребенка. Лактация у мамы хорошая, сосет малыш активно, ночью спит спокойно. Пупочная ранка эпителизирована, но влажная. На 10 сутки в кожных складках на шее, руках, в паховых областях появились единичные везикулы. Общее состояние не нарушено, сосет хорошо, температура тела нормальная. Ребенка не купали. Участковый врач поставил диагноз: «Везикулопустулез» и направил на лечение в стационар. Мама от госпитализации отказалась. Задание: Оцените массу тела и длину ребенка при рождении и выписке из родильного дома. Эталон ответа: Показатели массы тела и длины тела новорожденного средние. Задача 3
--	--	--	---

			Ребенку 4 недели. Беременность и роды протекали у матери без осложнений. Лактация хорошая. Масса тела при рождении 3000 г, длина 48 см. Оценка по Апгар 8-9 баллов. С рождения на коже всего туловища периодически развиваются единичные гнойные элементы, в связи с чем родителями на дом был вызван участковый врач. Мальчик невеселый, сосет вяло. Масса тела на момент осмотра 3000 г, то есть в весе с рождения не прибавил. Дыхание пуэрильное, ЧД 40 в минуту, ЧСС 140 в минуту. Тоны громкие. Печень не увеличена. Стул 2-3 раза в сутки, желтый, без патологических примесей. Безусловные рефлексы новорожденного не вызываются. Участковый врач поставил диагноз: «Везикулопустулез» и направил ребенка для лечения в стационар. Родители от госпитализации отказались. Оцените соматический статус, массу тела на момент заболевания. Эталон ответа: Состояние средней тяжести, в легких и сердце – без патологии, печень не увеличена, стул – в пределах нормы. Долженствующий вес – 3600 г, дефицит массы 600 г или 16.6%, что соответствует гипотрофии 1 степени.
7 Гинекология.			
7.1.	Физиология менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. При предменструальном синдроме во II-ю фазу менструального цикла отмечается, как правило: (А) гиперэстрогения (В) повышение секреции АКГТ (С) повышение уровня серотонина (D) верно А и В* (Е) все перечисленное 2. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы: (А) вегето-сосудистый (В) психо-эмоциональный (С) обменно-эндокринный (D) все перечисленное* (Е) ничего из перечисленного 3. Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно: 1. сухость слизистых, остеопороз* 2. боли в области сердца 3. радикулит 4. ларингит

			4. Для синдрома склерокистозных яичников характерно: 1) гирсутизм 2) олигоменорея 3) бесплодие 4) все перечисленное* 5. У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе наблюдается, как правило, повышение уровня 1. АКТГ 2. Кортизола 3. ЛГ 4. все перечисленное* 6. Типичные клинические проявления синдрома удаления яичников: 1. «приливы»* 2. боли в крупных суставах, позвоночнике 3. лабильность 4. повышение либидо 7. При предменструальном синдроме выделяют следующие клинические формы: 1. Нейропсихическую 2. Отечную 3. Кризовую 4. Цефалгическую 5. все перечисленное* 8. При лечении больных с климактерическим синдромом используют: 1. Эстрогены 2. Гестагены 3. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты 4. Комбинацию эстрогенов с андрогенами 5. все перечисленное* 9. При синдроме поликистозных яичников наблюдается все перечисленные ниже симптомы, кроме: 1. Гипоплазия матки 2. Двустороннего увеличения яичников 3. Гипертрихоза 4. Уменьшения костной массы* 5. Первичного бесплодия 10. Клинические проявления предменструального синдрома (накануне менструации): 1. Головная боль, головокружение 2. Депрессия, иногда агрессивность 3. Болезненное нагрубание молочных желез 4. Прибавка массы тела на 1-2 кг 5. все перечисленное* Задача № 1. Пациентка 38 лет обратилась к
--	--	--	---

		гинекологу с жалобами на вздутие живота, нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голеней, повышенную утомляемость, сердцебиение, подъемы артериального давления. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, через 28-29 дней, по 45 дней, умеренные. Заболела около 3 лет назад, когда появилось нагрубание молочных желез накануне менструации. С годами количество и выраженность симптомов нарастают, появляются за 10-12 дней до менструации и прекращаются с ее окончанием. В анамнезе 2 родов. Беременности не планирует. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологических изменений не выявлено. Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен? А. Дисменорея. Б. Предменструальный синдром легкой степени тяжести, стадия компенсации. В. Предменструальный синдром легкой тяжести, стадия субкомпенсации. Г. Предменструальный синдром тяжелое течение, стадия субкомпенсации. (+) Д. Предменструальный синдром тяжелое течение, стадия декомпенсации. Вопрос 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? А. Мастопатией. Б. Дисменореей. В. Хроническими заболеваниями почек. Г. Хронической артериальной гипертензией. Д. Все вышеперечисленные. (+) Вопрос 3. Какое гормональное лечение в комплексной терапии не применяется при данной патологии? А. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель). (+) Б. Прогестерон местно на область молочных желез. В. Пролонгированная прогестероновая контрацепция (подкожное введение импланона). Г. КОК с дроспиреноном. Д. а-ГнРГ. Задача № 2. Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные головные боли, головокружение, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, отеком век, лица, раздражительность, появляющиеся за неделю до менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: в 10 лет была закрытая
--	--	---

		черепно-мозговая травма. Менархе в 12 лет, менструации по 5-6 дней через 28 дней, умеренные, болезненные в первый день. Не замужем, беременностей не было. Головные боли появились около 2 лет назад. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки чистая, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен? А. Дисменорея. Б. Аденома гипофиза (пролактинома). В. Мигрень. Г. Предменструальный синдром. (+) Д. Арахноидит. Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза? А. УЗИ органов малого таза, уровень пролактина в крови. Б. ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, консультация невролога В. ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, уровень пролакт-ина в крови, оценка глазного дна и полей зрения, консультация невролога. (+) Г. Определение уровня половых гормонов, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника. Д. МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга. Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке? А. Антигистаминные лекарственные средства, верошпирон. Б. Диета, физиотерапия, психотерапия, седативные и транквилизаторы, НПВС, ноотропы, средства улучшающие обмен нейромедиаторов в ЦНС, бромкриптин при повышении пролактина. (+) В. КОК. Г. а-ГнРГ 6 мес. Д. Диета, физиотерапия, психотерапия, мастодинон, гестагены с 16 по 25 день менструального цикла. Задача № 3. На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела
--	--	---

		увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала. ОБЪЕКТИВНО: рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1-26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3-4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0-22,0). Вопрос 1. Какова причина аменореи у данной пациентки? А. Пролактинома гипофиза. Б. Функциональная гиперпролактинемия. В. Прогестероновая недостаточность. Г. Первичный гипотиреоз. Д. Ожирение. Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза? А. УЗИ щитовидной железы, консультация эндокринолога. Б. УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, уровень половых гормонов. В. МРТ гипофиза. Г. УЗИ органов малого таза, проба с парлоделом. Д. МРТ гипофиза, УЗИ органов малого таза, проба с парлоделом. Вопрос 3. Какой препарат является основным для лечения данной пациентки? А. Достинекс. Б. Прогинова. В. Дюфастон. Г. Тироксин. Д. КОК. Задача № 4. На прием к гинекологу обратилась пациентка 23 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Менструации по 3-4 дня, через 4560 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,86, кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и
--	--	--

		слева пальпируются образования 4*4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие. Выделения светлые в незначительном количестве. Вопрос 1. Какова наиболее вероятная причина нарушения менструального цикла? А. ВДКН. Б. СПКЯ с метаболическим синдромом. В. Андрогенпродуцирующие опухоли яичников. Г. Конституциональная гиперандрогения. Д. СПКЯ без метаболического синдрома. Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза? А. УЗИ органов малого таза, уровень тестостерона, кортизола, ЛГ/ФСГ, ДГЭА-С, 17-ОНП, биохимический анализ крови. Б. МРТ органов малого таза, головного мозга. В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография. Г. УЗИ-мониторинг созревания фолликулов, уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина, ТТГ, ЛГ, ФСГ. Д. Гистероскопия, диагностическая лапароскопия. Вопрос 3. Какие мероприятия и (или) препараты не войдут в комплексное лечение данной пациентки? А. Бигуаниды (метформин). Б. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель). В. КОК с антиандрогенным действием. Г. Снижение веса (диета, физическая нагрузка, статины). Д. Гипотензивные лекарственные средства. Задача № 5. На прием к гинекологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на лице. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5-6 дня, через 40-90 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 166 см, вес 60 кг, АД 120/80 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,73, кожа жирная, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота, около 10 терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки 44x27x30 мм, спереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 40x43x38 мм с множеством анэхо-генных включений 5-8 мм, левый яичник
--	--	---

			45х40х39 мм аналогичной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен? А. ВДКН. Б. СПКЯ с метаболическим синдромом. В. Андрогенпродуцирующие опухоли яичников. Г. Конституциональная гиперандрогения. Д. СПКЯ без метаболического синдрома. Вопрос 2. Какие исследования позволят определить источник гиперандрогении? А. Тесты функциональной диагностики. Б. Диагностическая лапароскопия. В. Уровень тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОНП, кортизола, отношение ЛГ/ФСГ, проба с дексаметазоном. Г. МРТ надпочечников и гипофиза. Д. Все вышеперечисленные. Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке? А. Бигуаниды (метформин). Б. Стимуляторы овуляции (кломифен). В. Лечебная лапароскопия. Г. КОК с антиандрогенным действием. Д. Все выше перечисленное.
7.2.	Олиго/аменорея: причины, диагностика, лечение, перспективы для репродуктивной функции.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. К патологической аменорее не относится: А. Психогенная аменорея Б. Аменорея при синдроме Шихана С. Аменорея детского возраста* Д. Аменорея при синдроме Каллмана Е. Аменорея при дисгенезии гонад 2. Гипоменструальный синдром – это нарушение менструального цикла, характеризующееся: А. Гиперполименореей Б. Олигоменореей С. Гипер- и олигоменореей Д. Гипо- и олигоменореей* Е. Опсоменореей 3. Ятрогенная аменорея может быть вызвана всем, кроме: А. Приема ингибиторов МАО Б. Двусторонней овариоэктомии С. Каутеризации яичников* Д. Тотальной гистерэктомии Е. Приема агонистов ГнРГ 4. Первичная аменорея с задержкой полового развития обусловлена: А. Синдромом гиперполактинемии Б. Синдромом Шерешевского-Тернера* С. Синдромом Шихана Д. СПКЯ

			Е. Неклассической формой ВДКН 5. Ложным мужским гермафродитизмом называют: А. Синдром Каллмана В. Синдром Шерешевского-Тернера* С. Синдром Шихана Д. Синдром тестикулярной феминизации Е. Классическую форму ВДКН 6. Ложным женским гермафродитизмом называют: А. Синдром Каллмана В. Синдром Шерешевского-Тернера С. Синдром Шихана Д. Синдром трисомии Х* Е. Классическую форму ВДКН 7. Ложная аменорея обусловлена: А. Аплазией матки В. Гинатрезией * С. Синдромом гиперпролактинемии Д. СПКЯ Е. Андрогенпродуцирующей опухолью надпочечников 8. Истинная первичная маточная аменорея обусловлена: А. Аплазией матки В. Гинатрезией С. Синдромом Ашермана * Д. СПКЯ Е. Андрогенпродуцирующей опухолью надпочечников 9. К причинам вторичной аменореи центрального генеза относят все, кроме: А. Синдрома Каллмана В. Синдрома гиперпролактинемии С. Синдрома Шихана Д. Аменореи на фоне потери массы тела Е. Психогенной аменореи* 10. Послеродовый гипопитуитаризм необходимо дифференцировать со всем, кроме: А. Синдрома «пустого турецкого седла» В. Опухоли гипофиза С. Гипотиреоза Д. Аплазии матки Е. Психогенной аменореи * Задача № 1. Девушке 17 лет. Обратилась с жалобами на отсутствие менструации. Объективно: развитие по женскому типу соответственно возрасту. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Купол влагалища заканчивается слепо. По данным УЗИ яичники нормальных
--	--	--	---

			размеров, в области матки рудиментарный тяж. Задания: 1. Диагноз. 2. Прогноз для жизни, для генеративной функции. 3. Что такое первичная аменорея? 4. Причина аменореи у пациентки? 5. Назовите наиболее частые причины вторичной маточной аменореи? Эталон ответа: 1. Первичная аменорея. Аплазия матки. 2. Прогноз для жизни благоприятный, для генеративной функции – нет (менструация не будет, беременность невозможна). 3. Первичная аменорея отличается отсутствием менструации у девушек старше 15 лет. 4. Маточная форма первичной аменореи возникла вследствие аномалии развития матки. 5. Туберкулез, удаление базального слоя эндометрия при выскабливании, удаление матки. Задача № 2. У женщины 27 лет 3 года назад без видимой причины прекратились менструации, беременностей не было. Фенотип женский. В последнее время отмечает ухудшение зрения и появление головной боли. В анализе крови на гормоны: ФСГ 2,3 МЕ/мл (н 2-20), пролактин 160 нг/мл (н 2-25). Задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Наметьте план дальнейшего обследования пациентки. 3. Какое лечение необходимо в данном случае? 5. Назовите уровни регуляции менструального цикла. Эталон ответа: 1. Вторичная аменорея. Аденома гипофиза. 2. Рентгенография черепа с прицелом на турецкое седло, КТ, глазное дно, функциональные пробы: с агонистом дофамина - парлоделом, с антагонистом – церукалом. 3. Лечение в зависимости от формы гиперпролактинемии. При функциональной гиперпролактинемии назначают агонисты дофамина (парлодел, достинекс под контролем пролактина и тестов функциональной диагностики). При микроаденоме гипофиза – лечение парлоделом, достинексом,
--	--	--	---

			норпролаком. При макроаденоме гипофиза – оперативное лечение. Задача № 3. У 18 летней девушки не было ни одной менструации. Рост 140 см. Молочные железы не развиты, половое оволосение отсутствует, выражена гипоплазия наружных половых органов и матки. Результаты гормонального исследования: эстрадиол 8 пг/мл (н 23-45), ЛГ 95 МЕ/мл (н 2-15), ФСГ 120 МЕ/мл (2-20), ТГ 1,8 мкЕ/мл (н 0,1-4,5). Задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Какая наиболее вероятная причина отсутствия менструации в данном случае? Эталон ответа: 1. Первичная аменорея яичникового генеза. 2. Дисгенезия гонад. Задача № 4. У 18-летней девушки ещё не начались менструации, рост 135 см, маленькая матка и неразвитые грудные железы. Результаты гормонального исследования следующие: - эстрадиол сыворотки – 8 пг/мл (норма 23-45), - лютеинизирующий гормон (ЛГ) – 105 МЕД/мл (норма 2-15), - фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) – 120 МЕД/мл (норма 2-20), - ТТГ – 1,8 МКЕД/мл (норма 0,1-4,5). Задания: Поставьте диагноз. Эталон ответа: Первичная аменорея с отсутствием полового развития вследствие дисгенезии гонад.
7.3.	Аномальные маточные кровотечения: классификация PALM-COEJN: причины, осложнения, тактика ведения.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. С целью восстановления ритма менструации и стимуляции овуляции после остановки кровотечения в репродуктивном периоде назначают: 1) комбинированные оральные контрацептивы в течение 3 месяцев * 2) гестагены 3) конъюгированные эстрогены 4) андрогены 5) внутриматочные контрацептивы 2. При аномальном маточном кровотечении пременопаузального периода гемостаз производится: 1) назначением эстроген-гестагенных препаратов 2) гемотрансфузией 3) утеротониками 4) диагностическим выскабливанием полости матки * 5) производными тестостерона

			3. Аномальное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное 1) нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов * 2) органической патологией половой сферы 3) дисфункцией половых желез 4) нарушением процессов гемокоагуляции 5) ятрогенными факторами 4. АМК не могут быть обусловлены: 1) нарушением цирхорального ритма выделения ГнРГ; 2) нарушением секреции и выделения гонадотропинов; 3) нарушением процессов фолликулогенеза; 4) отсутствием овуляции; * 5) наличием субмукозной миомы матки. 5. Аномальные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены 1) нарушенной внематочной беременностью 2) эндометриозом 3) синдромом поликистозных яичников 4) нарушением механизма регуляции менструального цикла * 5) доброкачественными и злокачественными заболеваниями половых органов 6. Аномальное маточное кровотечение при персистенции фолликула протекает на фоне: 1) высокой эстрогенной насыщенности * 2) низкой эстрогенной насыщенности 3) высокой гестагенной насыщенности 4) гиперандрогенемии 5) недостатком выработки АКТГ 7. Аномальное маточное кровотечение в климактерическом периоде обусловлено 1) нарушением цирхоральной продукции гонадотропного рилизинг-гормона (ГРГ) 2) аденомиозом 3) аденоматозом 4) атрофическими процессами в эндометрии* 5) воспалительными заболеваниями половой системы 8. Для преклимактерического периода не характерно: 1) рецидивирующий характер кровотечений 2) высокая частота гиперпластических процессов в эндометрии 3) гиперпластические процессы в молочных железах* 4) сопутствующие нейроэндокринные нарушения 5) опухолевая патология яичников
--	--	--	---

			9. К аномальным маточным кровотечениям (А) в пубертатном периоде относят кровотечения: 1) при заболеваниях крови 2) при сердечно-сосудистой патологии 3) при патологии щитовидной железы 4) при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного рилизинг-гормона * 5) связанные с беременностью 10. Аномальные маточные кровотечения при атрезии фолликула протекают на фоне 1) высокой эстрогенной насыщенности * 2) низкой эстрогенной насыщенности 3) высокой гестагенной насыщенности 4) гиперандрогенемии 5) гиперпролактинемии Задача № 1. Больная 22 лет, обратилась по поводу кровотечения в течении 10 дней после задержки менструации на 6 недель. Кровотечение началось как умеренное, затем периодически уменьшалось и снова усиливалось. Анемия 1 степени. Задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Определите тактику. Задача № 2. К врачу обратилась больная А., 26 лет, с жалобами на продолжающиеся в течение 10 дней кровянистые выделения из половых путей и небольшие ноющие боли внизу живота, совпавшие с началом кровотечения. Менструации с 16 лет, по 3-4 дня, нерегулярные, с задержками до 10-20 дней, не обильные, безболезненные. Два года назад были кровянистые выделения в течение 15 дней, проводилось консервативное лечение. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей не было. Последняя менструация 1,5 мес. Тому назад. Задания: Диагноз? 2. Что делать? Задача № 3. Обратилась пациентка 49 лет с АМК на фоне еще регулярного менструального цикла. Задание: Назначьте обследование и гормонотерапию. Задача № 4. АМК у пациентки 42лет. Назначьте обследование и гормонотерапию. Задача № 5. Больная В., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение. В анамнезе – паротит, краснуха. Наследственность по гинекологической заболеваемости не отягощена.
--	--	--	--

			У матери больной – диффузный нетоксический зоб. Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. В течение последнего года прогрессирующие задержки менструаций с увеличением интервалов между ними до 2-4 мес. С последующими кровотечениями, симптомами анемизации. Получала кровоостанавливающие, антианемическую терапию. Месяц назад больная обнаружила появление молочноподобного отделяемого из молочных желез. Заболела 10 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровянистые выделения из половых путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появилась слабость, головокружение. Болей внизу живота не отмечает. Задания: 1. Диагноз? 2. Что делать?
7.4.	Аномалии развития и положения женских половых органов.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Процесс формирования внутренних половых органов заканчивается: 1) к 18 нед беременности; 2) 24 нед беременности; 3) к сроку доношенной беременности; 4) в первом триместре;* 5) к 32 неделям беременности. 2. Нарушениями развития половой системы не являются: 1) аномалии полового развития с нарушением половой дифференцировки; 2) аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки; 3) неправильное положение половых органов;* 4) задержка полового развития 5) преждевременное половое развитие 3. В периоде внутриутробного развития выделяются следующие стадии: 1) предварительный период; 2) вторичный период; 3) эмбриональный период;* 4) околоплодный период; 5) преморбидный период. 4. Нормальное положение матки в малом тазу характеризует термин: 1) anteflexio uteri; * 2) prolapsus uteri; 3) descensus uteri; 4) retroflexio uteri; 5) retroversio uteri. 5. Какие связки не обеспечивают нормальное положение матки в малом тазу: 1) круглая связка матки; 2) широкая связка матки;

			3) кардинальная связка; * 4) крестообразные связки; 5) крестцово-маточная связка; 6.Основная причина опущения и выпадения половых органов - это: 1) частые воспалительные заболевания половых органов в анамнезе; 2) крауроз вульвы; 3) спланхноптоз; 4) несостоятельность тазового дна вследствие травматичных родов;* 5) миома матки. 7. Ортопедические методы лечения пролапса тазовых органов являются: 1) основными при синдроме несостоятельности тазового дна до манифестации пролапса;* 2) эффективным способом лечения пролапса; 3) технологией, позволяющей сохранить биоценоз влагалища при несостоятельности тазового дна; 4) паллиативными; 5) общеукрепляющими. 8. Наименее эффективны методы оперативного лечения пролапса половых органов, направленные: 1) на укрепление тазового дна; 2) укрепление подвешивающего аппарата матки; 3) жесткую фиксацию матки; 4) укрепление фиксирующего аппарата матки; 5) облитерацию влагалища; * 9 . Показания и выбор объема хирургического лечения пролапса тазовых органов не определяются: 1) степенью опущения внутренних половых органов; 2) возможностью и необходимостью сохранения и восстановления половой жизни, детородной функции; 3) особенностями нарушения функции смежных органов (мочевого пузыря и прямой кишки); 4) возрастом больной; 5) профессией пациентки;* 10. На удерживание мочи влияют факторы: 1) внешние; 2) физиологические;* 3) промежуточные; 4) внутренние; 5) функциональные; Задача № 1. В женскую консультацию обратилась пациентка 14 лет с жалобами на
--	--	--	--

			отсутствие менструаций, огрубение голоса, маскулинизацию наружных половых органов (увеличение клитора). При осмотре обнаружено: молочные железы не развиты, половое оволосение присутствует. Рост высокий, мужское телосложение. Наружные половые органы развиты по женскому типу, клитор гипертрофирован. При ректоабдоминальном исследовании - матка резко уменьшена в размерах, справа от матки определяется плотный тяж 4х1,5 см. Задание: 1.Предположительный диагноз? 2. Объем необходимого обследования? 3. Лечение? 4. Прогноз для жизни, здоровья, восстановления репродуктивной функции? Задача №2. В женскую консультацию обратилась пациентка 58 лет с жалобами на выпадение матки при ходьбе, в положении стоя, запоры, недержание мочи. При осмотре обнаружено: матка полностью выпадает за пределы вульварного кольца в покое, передняя стенка выпадающего мешотчатого образования представлена стенкой мочевого пузыря, задняя – стенкой прямой кишки. Задание: 1. Диагноз? 2. Лечение? 3. Прогноз для жизни, здоровья? Задача №3. В кабинет гинеколога обратилась молодая пара с вопросом о невозможности осуществить коитус. Дополнительно выяснено, что девушке 23 года, она красивая, фенотип женский, но у нее ни разу не было ни одной менструации. Парню 25 лет, он ранее имел сексуальный опыт и удачный. Задание: постройте алгоритм обследования. Предположите диагноз. Тактика. Вопрос решения репродуктивной функции.
7.5.	Детская гинекология. Обследование женщин, которые не ведут половую жизнь. Вопросы этики и деонтологии.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	Вопрос № 1. В мазках девочки 5 лет обнаружены внутри и внеклеточные грамотрицательные диплококки. Тактика? 1 направить в КВД на бактериальный посев* 2.наблдение 3. назначить атибиотики Вопрос № 2 Лечение девочек с нарушением полового развития в пубертатном периоде по типу "стертой" вирилизации 1 применение глюкокортикоидов в поддерживающих дозах* 2.назначение КОК 3. применение НПВС Вопрос № 3 У девочек чаще всего встречаются следующие

			формы воспаления гениталий 1 вульвовагинит* 2.цервицит 3.кольпит Вопрос № 4 Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено 1.на уменьшение выраженности вегетососудистых расстройств* 2.на увеличение выраженности вегетососудистых расстройств Вопрос № 5 Наиболее типичной формой гонореи у девочек является 1 острая* 2 хроническая Вопрос № 6 Девочке 4,5 лет в связи с полной формой преждевременного полового развития начата терапия агонистами ГнРГ. Какова продолжительность данной терапии? 1 до 8 лет* 2 до 6 лет 3 до 10 лет Вопрос № 7 Положительная дексаметазоновая проба - это 1 снижение уровня 17-КС более 50%* 2 снижение уровня 17-КС более 10% 3 снижение уровня 17-КС более 30% Вопрос № 8 ФСГ стимулирует: 1 рост фолликулов в яичнике* 2.рост эндометрия 3.рост эмбриона Вопрос № 9 Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается: 1 в 16-17 лет* 1. 5-6 лет 2. 10-11 лет Вопрос № 10 Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно 1 8-9 лет 2 10-11 лет 3 12-13 лет* 4 14-15 лет 5 16-18 лет Задача №1. При профосмотре девочки 14 лет выявлено: менархе с 12 лет, цикл 28 дней по 4
--	--	--	--

			дня, выделения умеренные, не сопровождаются болями, объективно: рост – 160см, окружность груди – 80см, размер таза – 31см. Задание: Какой тип морфограммы у этой девочки? Какие Ваши рекомендации? Требуется ли корректирующая терапия? Задача №2. При профосмотре девочки 15 лет установлено: менархе отсутствует. На месте молочных желез – пигментированный околососковый кружок. Сосок возвышается над поверхностью кожи. На лобке и в подмышечной области – скудные прямые, короткие волосы. Рост – 145см, окружность груди – 65см, размер таза – 27см. Задание: Какой тип морфограммы у этой девочки? Какие Ваши рекомендации? Задача №3. При обследовании установлено: девочке 12 лет, но выглядит старше. Рост – 165см, окружность груди – 87см, размер таза – 33см. Менархе с 11 лет. Хорошо выражено оволосение лобка в виде треугольника и по всей подмышечной области. Волосы густые, извилистые. Молочные железы конусовидно выстоят над поверхностью грудной клетки, сосок выпячен. Задание: Какой тип морфограммы у этой девочки? Какие Ваши рекомендации? Задача №4. Поступила в стационар девочка 12 лет с мажущими кровянистыми выделениями в течении 3 недель. Менархе с 11 лет. Астенического телосложения. Кожные покровы – бледные. Пульс – 92уд./мин. АД-90/70 мм.рт.ст. Нб крови – 88г/л. Задание: Каков диагноз? Какова тактика и терапия? Задача №5. При обследовании установлено: девочке 13 лет, но выглядит старше. Рост – 167см, окружность груди – 88см, размер таза – 34см. Менархе с 9 лет. Хорошо выражено оволосение лобка в виде треугольника и по всей подмышечной области. Волосы густые, извилистые. Молочные железы конусовидно выстоят над поверхностью грудной клетки, сосок выпячен. Задание: Какой тип морфограммы у этой девочки? Какова основная задача 2-й ступени системы оказания гинекологической помощи этой девочке?
7.6.	Аборты / прерывание беременности до	Тестирование Устный и письменный	1. В России методика вакуумной аспирации используется 1) до 10 недель беременности;

	22 недель.	ответ Решение ситуационных задача Демонстрация пациентки	2) до 12 недель беременности; 3) до 22 недель беременности; 4) до 6 недель беременности. * 2. В настоящее время на территории РФ разрешено использование медикаментозного аборта до срока 1) 100 дней беременности; 2) 63 дня беременности; * 3) 73 дня беременности; 4) 80 дней беременности. 3. В перечень обязательных исследований для аборта в I триместре входит 1) УЗИ; 2) клинический и биохимический анализ крови; 3) микроскопия мазка влагалищного секрета; УЗИ* 4) определение группы крови и Rh-фактора. 4. В случае выявления неэффективности медикаментозного аборта на контрольном визите женщине показано 1) вакуум-аспирация содержимого полости матки; * 2) дилатация и кюретаж полости матки; 3) использование простагландинов; 4) повторное проведение медикаментозного аборта. 5. В сроки менее 12 недель в обязательной госпитализации для искусственного прерывания беременности нуждаются женщины, кроме 1) с аллергическими реакциями; 2) с аномалиями развития половых органов; 3) с миомой матки; 4) с острыми воспалительными процессами органов малого таза; * 5) с отягощённым акушерским анамнезом. 6. Вакуумная аспирация (мануальная или электрическая) в России проводится при сроке 1) 10-12 недель; 2) 15-18 недель; 3) 20-22 недели; 4) до 6 недель. * 7. Вакуумная аспирация предполагает эвакуацию содержимого полости матки в сроки до 1) до 12 недель беременности; * 2) до 16 недель беременности; 3) до 18 недель беременности; 4) до 22 недель беременности. 8. Действия акушер-гинеколога при консультировании женщины перед искусственным абортом не включают 1) консультацию по контрацепции;
--	------------	---	--

			2) проведение осмотра, наблюдение беременных; 3) проведение разъяснительной работы, направленной на сохранение беременности; 4) содействие в оформлении документов по получению выплаты пособий при рождении ребёнка. * 9. Действия психолога при консультировании женщины перед искусственным абортom включают 1) выяснение психологических факторов отказа от рождения ребенка; 2) помощь в устранении психологических факторов отказа от рождения ребенка; * 3) разъяснение женщинам, намеренным прервать беременность, информацию о льготах, предоставляемых государством в связи с рождением ребёнка; 4) разъяснение о трудовых правах беременных. 10. Законодательством установлены основания для искусственного прерывания беременности ,кроме 1) по желанию женщины; 2) по желанию семьи женщины; * 3) по медицинским показаниям; 4) по социальным показаниям. Задача №1. Беременная М, 20 лет, 20 октября доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи, в экстренном порядке. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза. Половая жизнь с 20 лет. Последняя менструация 2-6 августа. Беременность первая, в браке, желанная. Status praesens. Состояние средней степени тяжести. Рост 165 см. Масса тела 52 кг. Пониженного питания, астенического телосложения. Кожа и слизистые бледные, акроцианоз. Температура тела 36.6°C, Ps 120 в мин, АД 80/40 и 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный внизу живота. Диурез снижен. Кровопотеря около 1500 мл. Влагалищное исследование. Per vaginam: большое количество сгустков крови во влагалище. Шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для двух пальцев. Тело матки мягкой консистенции, увеличено до 6-недельного срока беременности. Придатки не пальпируются. Задание: Диагноз? Обоснование осложнения диагноза? Задача № 2. Молодая женщина рассказала
--	--	--	---

		врачу-гинекологу, что собирается завести семью, но недавно имела связь с другим мужчиной, забеременела и просит произвести аборт в полной тайне. За определенное вознаграждение врач и медицинская сестра на квартире последней взялись произвести эту операцию. Из отделения заранее были принесены все необходимые инструменты и медикаменты. Во время вмешательства инструмент, повредив стенку матки, попал в брюшную полость. Врач, испугавшись воспаления брюшины и гибели женщины, сделала необходимые уколы и отправила ее в городскую больницу. В больнице женщине выполнили срочную операцию, но при этом пришлось удалить матку, чтобы остановить кровотечение. Узнав о том, что никогда не сможет рожать, пострадавшая в потрясении обратилась в правоохранительные органы. Задание: 1. Какие условия предусмотрены действующим законодательством для проведения операции по прерыванию беременности? 2. Представляют ли действия врача и медицинской сестры состав преступления, предусмотренный ст. 123 УК РФ? 3. Является ли то, что врач пыталась спасти женщину, обстоятельством, исключающим преступность деяния? Задача № 3. Машиной скорой помощи в гинекологическое отделение доставлена женщина К., 24 лет, с жалобами на приступообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза известно: менструации с 13 лет, по 4 дня, через 30 дней, болезненные, скудные. Последняя менструация два месяца назад. Акушерский анамнез отягощен: самопроизвольный аборт 10 месяцев назад на сроке 8 недель беременности. Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски, чистые, язык влажный. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, Ps 88 в мин. Температура тела – 37° С. АД 110/70 мм рт.ст. Стул, диурез в норме. Влагалищное исследование: шейный канал раскрыт, виден нижний полюс плодного яйца, выступающего во влагалище. Per vaginam: тело матки увеличено до 6-недельного срока беременности, мягкой консистенции. Придатки
--	--	--

			не определяются. Своды влагалища не нависают, выделения кровянистые, яркие, обильные. Канал шейки матки пропускает палец, в нем определяется плодное яйцо. Кровопотеря около 500 мл. Задание: 1. Диагноз. 2. Дифференциальная диагностика. 3. Тактика. 4. Причины аборта на ранних сроках беременности. 5. Дайте рекомендации о дальнейшем планировании беременности.
7.8	Воспалительные гинекологические заболевания неспецифической и специфической этиологии.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1 К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме - стафилококка - стрептококка - гонококка - гарднереллы - анаэробов* 2. Особенности половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом - снижение или отсутствие либидо - болевы́е ощущения при половом акте - отвращение к половому акту - верно а) и б)* - все перечисленные особенности 3. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления - острой - подострой - обострения хронического процесса (один из вариантов) - верно а) и б)* - всех перечисленных 4. Особенности клинического течения пельвиоперитонита гонорейной этиологии в отличие от пельвиоперитонита неспецифической этиологии - склонность к образованию спаек и сращений - чаще отмечается отграничение процесса - наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота - верно а) и б) - верно все перечисленное* 5. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)

			а) при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины б) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, аборт, инвазивных лечебно-диагностических процедур) в) при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом г) верно б) и в)* д) при всем перечисленном 6. Лечение больных с хронической гонореей включает все перечисленное, кроме а) терапии гоновакциной б) пирогенала в) санаторно-курортного лечения г) влагалищных ванночек с 3-5% раствором протаргола д) инстилляций в уретру 0.5-1% раствора азотнокислого серебра* 7. Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение а) 1 мес б) 2 мес в) 3 мес г) 4 мес* д) 5 мес 8. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет а) вирулентность микроба б) состояние защитных сил организма женщины в) наличие раневых входных ворот г) верно а) и б)* д) все перечисленное 9. У больных хроническим эндометритом наблюдаются кровянистые выделения из половых путей а) предменструальные б) постменструальные в) межменструальные (овуляторные) г) верно а) и б) д) верно все перечисленное* 10. Применение облученной ультрафиолетом крови для лечения больных с воспалительными заболеваниями гениталий обеспечивает а) выраженный бактерицидный эффект б) повышение бактерицидной активности сыворотки крови
--	--	--	--

			в) уменьшение абсолютного числа Т-клеток г) верно а) и б)* д) все перечисленное Задача №1. Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после хирургического аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39°C, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку парацетамола, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в дежурный гинекологический стационар. При обследовании отмечены бледность кожных покровов, тахикардия. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. Уровень лейкоцитов $13,6 \times 10^3$, СОЭ 35 мм в час, СРБ ++. Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, выделения скудные, кровянистые, без запаха. Тело матки несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненно при пальпации и смещении, маточные придатки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована, наружный зев закрыт. Задания: 1. Поставить диагноз. 2. Определить тактику обследования и лечения. Задача № 2. В дежурный стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 23 лет с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, зуд и жжение при мочеиспускании, гнойно-кровянистые выделения из половых путей. Заболела остро во время очередной менструации. Женщина в браке не состоит, метод контрацепции – прерванный половой акт. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39 °C, АД 110/70 мм ртутного столба, пульс 110 ударов в 1 минуту, количество лейкоцитов 25,0 г/л, СОЭ 30 мм/час, СРБ ++. Живот умеренно вздут, имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах. Status genitalis: наружное отверстие уретры гиперемировано, слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отёчна, из цервикального канала выделяются гнойные бели с примесью крови. При бимануальном исследовании определить матку и ее придатки не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Задания: 1. Поставить диагноз. 2. Определить
--	--	--	---

			тактику обследования и лечения. Задача № 3. Незамужняя женщина, 25 лет, обратилась в женскую консультацию, предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей и рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живёт нерегулярно, без контрацепции, постоянного партнёра не имеет. Менструальный цикл не нарушен. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Status genitalis: наружное отверстие уретры гиперемировано, слизисто-гнойные выделения; слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отёчна, обильные гнойные выделения из цервикального канала. Матка и маточные придатки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Задания: 1. Поставить диагноз. 2. Определить тактику обследования и лечения Задача № 4. Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота в течение последнего года. Боли появились после лечения на южном курорте по поводу бесплодия. Из анамнеза выяснено: менструации с 17 лет, через 60–80 дней, скудные; первичное бесплодие в течение 5 лет. Проживала на одной жилплощади с бабушкой, больным лёгочным туберкулёзом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37,2 °С, пульс 78 ударов в 1 минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Status genitalis: Шейка матки визуально не изменена. Выделения слизистые, прозрачные, в умеренном количестве. Тело матки уменьшено в размерах, ограничено подвижно, безболезненно. Маточные придатки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Задания: 1. Поставить диагноз. 2. Определить тактику обследования и лечения. Задача № 5. Пациентка, 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на непостоянные ноющие боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом, и обильные менструации, появившиеся 4 месяца назад после введения внутриматочного средства (ВМК) с
--	--	--	--

			целью контрацепции. Боли стали беспокоить женщину через 2 дня после введения ВМК. В анамнезе у пациентки 2 родов и 3 искусственных прерывания беременности хирургическим методом. 15 Объективное обследование: общее состояние пациентки удовлетворительное, трудоспособность не нарушена. Температура тела нормальная. Status genitalis: шейка матки визуально не изменена, видны нити ВМК. Выделения слизистые, в небольшом количестве. Матка и маточные придатки не увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Задания: 1.Поставить диагноз. 2.Определить тактику обследования и лечения.
7.9	Доброкачественные новообразования и фоновые заболевания женских половых органов. Эндометриоз.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. К фоновым процессам шейки матки относятся: 1.Эндоцервикоз * 2.Эритроплакия 3.Лейкоплакия 4.Дисплазия 2. К фоновым воспалительным процессам шейки матки относятся: 1. Истинная эрозия * 2. Эктопия 3. Эндометриоз 4. Дисплазия 3. К фоновым посттравматическим процессам шейки матки относятся: 1. Эктропион* 2. Эндоцервикоз 3. Дисплазия 4. Цервицит 4. К гиперпластическим процессам, связанным с гормональными нарушениями, относятся: 1. Эктопия * 2.Цервицит 3.Дисплазия 4. Истинная эрозия 5. У больной 30 лет выявлена нежная лейкоплакия шейки матки. Два года тому назад проводилась электрокоагуляция по поводу эрозии шейки матки. Цитологически: чешуйки, клетки поверхностного и промежуточного слоев эпителия с умеренной пролиферацией. Тактика включает: 1. Наблюдение * 2. Криодеструкцию 3. Конизацию шейки матки 4. Иссечение 6. У больной 29 лет при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована послеродовыми

			разрывами с эрозированным эктропионом. Цитологически: клетки промежуточного и парабазального слоя эпителия с явлениями пролиферации. Кольпоскопически: немые йоднегативные участки, зона превращения. Тактика включает: 1. Конизацию шейки матки* 2. Диатермокоагуляцию 3. Наблюдение 4. Операцию Эммета 7. Выраженная дисплазия шейки матки относится: 1. К предраку * 2. К фоновым процессам, связанным с воспалением 3. К фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями 4. Рак in situ 8. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является: 1. Гистологическое исследование * 2. Цитологическое исследование 3. Кольпоскопия 4. Осмотр в зеркалах 9. Для лечения выраженной дисплазии влагалищной порции шейки матки у женщины 30 лет целесообразно использовать: 1. Конизацию шейки матки * 2. Ампутацию шейки матки 3. Электрокоагуляцию 4. Гистерэктомию с придатками 10. Группа риска по раку шейки матки: 1. Курящие * 2. С ожирением 3. С бесплодием 4. Не ведущие половую жизнь 11. Рак шейки матки чаще всего возникает: 1. У границы плоского и цилиндрического эпителиев * 2. На влагалищной порции шейки матки 3. В железах шейки матки 4. У внутреннего зева 12. Миома матки – это: 1. Доброкачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия * 2. Злокачественная моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия 3. Доброкачественная пролиферирующая опухоль 4. Злокачественная пролиферирующая опухоль
--	--	--	--

			13.К факторам риска развития миомы матки относят: 1. Ожирение * 2. Высокий паритет родов 3.Аборты в анамнезе 4.Поздние менархе 14.Основными стимуляторами роста миомы матки являются: 1. Эстрогены * 2. Андрогены 3. Прогестерон 4. Глюкокортикоиды 15.Быстрый рост миоматозного узла в репродуктивном возрасте это: 1. Рост узла более 4 недель в год * 2. Матка более 11 недель 3. Рост узла более 2 недель в год 4.Все из перечисленного 16.Показанием к хирургическому лечению миомы матки размером 5 см в диаметре в области дна матки у пациентки 37 лет является все, кроме: 1. Планирования беременности * 2. Сочетания миомы с рецидивом полипоза эндометрия на фоне лечения гестагенами 3. Быстрого роста узла 4. Субмукозного роста узла с присоединением обильных менструаций и анемии 17. Транексамовая кислота при миоме матке используется для: 1. Уменьшения объема кровопотери * 2. Снятия болевого синдрома 3. Блокирования стероидных рецепторов 4. Циклического лечения аномальных маточных кровотечений 18.Оперативное родоразрешение у женщин после миомэктомии показано при: 1. Миомэктомии по задней стенке матки, миомэктомии с проникновением в полость матки * 2. Миомэктомии по передней стенке 3. Миомэктомия в дне матки 4. Миомэктомия в области рубца на матке 19.Показанием к миомэктомии во время беременности является: 1. Ущемление опухоли в малом тазу * 2. Наличие ножки узла 3. Миома матки, приходящаяся на область разреза в нижнем сегменте 4. Хорошее кровоснабжение узла 20.Механизм блокады овуляции диеногеста заключается в:
--	--	--	---

			1. Апоптозе гранулезных клеток растущего фолликула * 2. Ингибировании уровня лютеинизирующего гормона 3. Ингибировании уровня фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона 4. Снижении продукции эстрадиола 21. К наружному генитальному эндометриозу относится все, кроме: 1. Эндометриоза интрамурального отдела маточных труб * 2. Эндометриоз брюшины 3. Эндометриоз яичников 4. Эндометриоз влагалищной части шейки матки 22. Показаниями к хирургическому лечению эндометриоза является все, кроме: 1. Аномальных маточных кровотечений * 2. Бесплодия 3. Эндометриом яичника 4. Хронической тазовой боли, не купирующейся консервативными методами лечения 23. Вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства соответствует стадии ретроцервикального эндометриоза: 1. IV * 2. III 3. I 4. II 24. При применении агонистов ГнРГ для лечения эндометриоза продолжительностью более трех месяцев необходимо назначение add-back-терапии в виде: 1. Комбинации прогестагенов с натуральными эстрогенами (Фемостон) * 2. Антикоагулянтной терапии (цибор) 3. Терапия моноэстрогенами (эстрогель) 4. Прием цимицифуги (Ци-Клим) 25. Бальнеотерапия в лечении эндометриоза включает все, кроме: 1. Скипидарных ванн * 2. Радоновых ванн 3. Йодобромных ванн 4. Гидротерапии 26. В лечении эндометриоза в качестве терапии первой линии рекомендуется.: 1. Монотерапия прогестагенами (Диеногест) *
--	--	--	---

			2. Левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система (Мирена) 3. Применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (Бусерилин) 4. Терапия производными 17-этинилтестостерона (Даназол) 27. В качестве первичной инструментальной диагностики эндометриоза используется: 1. Трансвагинальное ультразвуковое исследование * 2. Компьютерная томография 3. Магнитно-резонансная томография 4. Гистероскопия 28. К группе риска по развитию эндометриоза менее всего относятся больные: 1. Применявшие гормональную контрацепцию * 2. Страдающие хроническим воспалением матки 3. С миомой матки 4. Подвергавшиеся инвазивным методам гинекологического исследования или лечения 29. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме: 1. Образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой * 2. Распространения эндометриоидной ткани в мышечный слой 3. Неравномерного увеличения размеров матки накануне менструации 4. Гиперплазия мышечной ткани матки 5. Равномерного увеличения размеров матки накануне менструации 30. Диагноз рака эндометрия устанавливается на основании: 1. Гистологического исследования соскоба 2. Раздельного диагностического выскабливания матки с гистероскопией и визуальной оценкой соскоба * 3. Магнитно-резонансной томографии 4. УЗИ малого таза 5. Изучения анамнеза жизни 31. Опухоль Крукенберга это: 1. Метастатическая опухоль в яичник из желудка* 2. Простая цистаденома 3. Псевдомуцинозная цистаденома 4. Фиброма яичника 32. Врачебная тактика при обнаружении кисты яичника у 45 летней женщины с болевым синдромом:
--	--	--	---

			1. Хирургическое лечение * 2. Наблюдение в динамике 2. Гормональное лечение 3. Физиотерапевтическое лечение 33. Для каких опухолей половых органов характерен асцит: 1. Рака яичника * 2. Миомы матки 3. Эндометриоза яичника 4. Рака тела матки 34.: Каким образом исключается малигнизация опухоли яичника во время операции: 1. Срочным гистологическим исследованием * 2. Визуальным осмотром 3. Папиллярными разрастаниями 4. Отсутствие асцита 35. Объем операции при раке яичника в пременопаузальном периоде: 1. Экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника * 2. Операция Вертгейма 3. Надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция сальника 4. Удаление обоих яичников, резекция сальника 36. Какие методы диагностики не используются широко при обследовании пациентки с кистой яичника: 1. Бронхоскопия* 2. Онкомаркеры крови 3. УЗИ органов малого таза 4. Фиброгастроскопия 37. Перечислите образования, входящие в анатомическую ножку опухоли кистомы: 1. Собственно-яичниковая связка, мезовариум, воронко-тазовая связка, нервы и сосуды, проходящие в этих связках * 2. Маточная труба, собственно-яичниковая связка, воронко-тазовая связка 3. Собственно-яичниковая связка, мезовариум, маточная труба, нервы и сосуды, питающие маточную трубу 4. Мезовариум, маточная труба, воронко-тазовая связка 38. Какая киста может «разорваться»: 1. Фолликулярная* 2. Гранулезоклеточная 3. Муцинозная цистаденома 4. Зрелая тератома 39. К трофобластической болезни относятся следующие заболевания, кроме: 1. Рака эндометрия *
--	--	--	--

			2. Хорионэпителиомы 3. Пузырного заноса простого 4. Пузырного заноса инвазивного Задача № 1. Больная 42 лет, поступила в гинекологическое отделение по наряду скорой помощи с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей. Четыре года тому назад была впервые диагностирована миома матки малых размеров. При осмотре шейки матки при помощи зеркал обнаружено: в канале шейки матки виден миоматозный узел диаметром 2 см. При влагалищном исследовании: матка плотная, увеличена до 4-5 недель беременности, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Зона их безболезненная. Выделения кровянистые, умеренные. Задание: Диагноз? Тактика врача? Эталон ответа: Миома матки, субмукозный рост узла, рождение узла. Под внутривенным наркозом миомэктомия чрезвлагалищным доступом с последующим выскабливанием слизистой полости матки. При необходимости – гемостатическая терапия, НПВС, антибиотикопрофилактика, лечение анемии. Задача № 2. Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные локальные боли внизу живота, продолжающиеся около четырех дней, повышение температуры до 37,7. Больная находилась на диспансерном учете в женской консультации по поводу миомы матки в течение последних шести лет. При влагалищном исследовании обнаружено: матка в anteflexio, увеличена до 7 нед. беременности за счет субсерозного миоматозного узла в области дна матки диаметром 5-6 см. Узел мягковатой консистенции, резко болезненный при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, зона их безболезненная. Выделения слизистые. Своды глубокие, безболезненные. Задание: Диагноз? Лечение? Эталон ответа: Миома матки 7 недель беременности. Нарушение питания субсерозного миоматозного узла. Лечение: Хирургическое, но допускается инфузионная и антибактериальная терапия, НПВС в динамике клинико-лабораторных показателей.
--	--	--	--

		Задача № 3. Подчеркните те лекарственные препараты, которые используются при лечении эндометриоза: даназол, тиболон, бусерилин, Диане-35, диферелин, дюфастон, утрожестан, индометацин, диеногест (зафрилл), эпигалат, жанин, золадекс. Эталон ответа: <u>даназол, , бусерилин, Диане-35, диферелин, дюфастон, утрожестан, индометацин, диеногест (зафрилл), жанин, золадекс.</u> Задача № 4. Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию по поводу коричневых выделений из половых путей появляющихся до и после менструации, продолжающихся по 3-4 дня. Из анамнеза установлено: 4 мес. назад был произведен искусственный аборт в 11 недель. При осмотре в зеркалах: шейка матки без особенностей. При бимануальном исследовании: матка в anteversio-anteflexio, несколько увеличена, округлой формы, плотной консистенции. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. При УЗИ: миометрий неоднородной структуры, передняя стенка матки толще задней, граница между эндо- и миометрием нечеткая. Задание: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Предложите свой план ведения больной. 4 Прогноз? Эталон ответа: Аденомиоз матки. Травма матки и гормональный сдвиг после искусственно прерванной беременности. Онкоцитология шейки матки. Оценить состояние эндометрия (пайпель-биопсия). ВМС-Мирена как метод лечения или КОК (фемоден). Задача № 5 В женскую консультацию обратилась женщина 30 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения (тёмно-коричневого цвета) за 5 дней до и в течение 7 дней после менструации. Болей нет. Из анамнеза: 2 родов, 3 искусственных аборта.. 4 месяца назад сразу после окончания очередной менструации ей была выполнена диатермоэлектрокоагуляция шейки матки по поводу эрозированного эктропиона. При осмотре на шейке матки на 9 и 12 часах расположены точки красно-бордового цвета. Матка и придатки без особенностей. Задание: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3.Тактика.
--	--	--

			Эталон ответа: Эндометриоз шейки матки. Травма матки после диатермоэлектрокоагуляции шейки матки. Нужно было назначить синтетические прогестины до и после процедуры. Онкоцитология шейки матки. Оценить состояние эндометрия (пайпель-биопсия). КОК (фемоден). Задача № 6. Задача № 1 В женскую консультацию 20.10. обратилась больная 40 лет с жалобами на периодические боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, боли при половом акте, кровянистые выделения из прямой кишки, боли при акте дефекации. Стул с наклоном к запорам. Болевой синдром в течение последних 2 лет, постепенно нарастает. Боли усиливаются перед менструацией. Кровянистые выделения из прямой кишки периодические, связать их с менструальным циклом больная не может. В анамнезе: хронический гастрит, хронический колит, геморрой, гипертоническая болезнь II стадии. Менструации обильные, болезненные по 6-7 дней, через 28 дней. Последняя 24 - 30.05. Беременностей 10 (2 родов и 8 медицинских абортов без осложнений). При бимануальном исследовании: матка и придатки без особенностей. Позади матки в ретроцервикальном пространстве - бугристое плотное образование размерами 3 x 5 см, резко болезненное. При ректальном исследовании: наружный геморрой без признаков воспаления, в ампуле прямой кишки большое количество каловых масс, на перчатке небольшое количество темной крови. Задание: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. Диффдиагноз с какими заболеваниями? 4. Обследование. 5. Тактика. Эталон ответа: Ретроцервикальный эндометриоз. Частые аборты, травма и гормональные нарушения в результате искусственного прерывания беременностей. С хроническим колитом, геморроем. Ректальное обследование, ректороманоскопия, УЗИ, лапароскопия. КОК (фемоден), НПВС, гирудотерапия. Задача № 7. Машиной «Скорой помощи» в гинекологическое отделение доставлена женщина 35 лет с жалобами на резкие боли
--	--	--	---

			внизу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: страдает двусторонним хроническим аднекситом с частыми обострениями. Беременностей 8, родов 3, абортов 4, выкидыш 1. Живот болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Живет половой жизнью, от беременности не предохраняется, случайные связи отрицает. При осмотре матка несколько больше нормы, справа и слева придатки пальпируются в виде плотных, малоподвижных конгломератов 4х5х5 см и 5х6х6 см, резко болезненных при пальпации. Выделения - кровянистые, умеренные (2 день месячных). Задание: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Тактика. Эталон ответа: Эндометриоз придатков. УЗИ, общий и биохимический анализ крови, лапароскопия, диеногест (зафрилл) или КОК (фемоден). Задача № 8. У больной 22-х лет справа в переднем своде определяется подвижное образование тугоэластической консистенции, безболезненное размером 7х7 см. Менструация 3 недели тому назад. В анамнезе поздний самопроизвольный аборт после гриппа. Задание: Предполагаемый диагноз. Тактика врача. Подлежит ли женщина данной возрастной группы дополнительной иммунизации от краснухи? Эталон ответа: Дермоидная киста яичника справа. Лапароскопическое удаление правых придатков. Подлежит. Задача № 9. Больной 38 лет, в течение 5 лет наблюдается по поводу миомы матки (величина опухоли соответствует 9-10 неделям беременности). Жалуется на обильные, длительные и болезненные менструации, при которых количество гемоглобина снижается до 80 г/л. При поступлении 5-й день менструации, выделения обильные, больная бледная. Задание: Диагноз. Тактика врача. Привлечение каких специалистов предусматривает дополнительная диспансеризация? Эталон ответа: Миома в сочетании с эндометриозом тела матки. Инфузионная терапия, противоанемическая на этапе подготовки к операции. Миомэктомия, КОК (фемоден) после операции. Или - лапаротомия, удаление тела матки с маточными трубами.
--	--	--	--

			Консультации терапевта, эндокринолога, офтальмолога, невролога, хирурга. Задача № 10. Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, недомогание. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищноабдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, «каменистой» плотности, неподвижные, с бугристой поверхностью, спаянные с окружающими тканями, болезненные при пальпации. Задание: Диагноз? Тактика обследования и лечения? Эталон ответа: Рак яичника или метастаз Крюкенберга. Проверить ЖКТ. Оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез). Если доброкачественная опухоль – оперировать. Задача № 11. Пациентка 53 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, склонность к запорам. Постменопауза 4 года. В течение 15 лет больная наблюдалась у гинеколога по поводу миомы матки. Последний визит к врачу – 3 года назад. При двуручном исследовании определяется тело матки, увеличенное до 17-18 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Область придатков с обеих сторон без особенностей. Задание: Диагноз? План лечения? Эталон ответа: Миома матки, рост в менопаузе, может быть озлокачествление (саркома). Операция, объем операции определить интраоперационно: cito гистология.
7.11	«Острый живот» в гинекологии.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Самая частая локализация внематочной беременности? 1. Маточные трубы* 2. Кишечник 3. Яичник 4. Шейка матки 2. У женщины 26 лет после 2-х недельной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота, маточное кровотечение. При выскабливании плодного яйца в матке не обнаружено. Гистологически:

			децидуальная ткань без ворсин хориона. Наиболее вероятный диагноз? 1. Внематочная беременность* 2. Персистенция фолликула 3. Свершившийся самопроизвольный аборт 4. Хронический эндометрит 3. Диагностика внематочной беременности на догоспитальном этапе? 1. «Пустая» полость тела матки по данным УЗИ при наличии ХГЧ в моче * 2. Уровень ХГЧ крови утром натощак на фоне задержки менструации 3. Наличие образования в придатках матки по данным УЗИ 4. Кульдоцентез 4. Диагностика гиповолемии при нарушенной внематочной беременности? 1. Индекс Альговера * 2. Сатурация 3. Гемоглобин крови 4. Артериальное давление 5. Ультразвуковые критерии анэмбриональной беременности ? 1. Плодное яйцо от 25 мм без желточного мешка * 2. Признаки отслойки плодного яйца с наличием сердцебиения 3. Эмбрион без наличия сердцебиения 4. Признаки отслойки плодного яйца с наличием сердцебиения 6. При обострении процесса в гнойной tuboовариальной опухоли возникает: 1. Пельвоперитонит* 2. Геморрагический шок 3. Малигнизация 4. Снижение сатурации 7. Для какой острой гинекологической патологии характерен симптом «Крик Дугласа»? 1. Нарушенная трубная беременность* 2. Апоплексия яичника 3. Некроз миоматозного узла матки 4. Перекрут ножки кисты яичника 8. При какой гинекологической патологии невозможно определить симптом раздражения брюшины из-за выраженного напряжения передней брюшной стенки? 1. Нарушенная трубная беременность* 2. Кишечная непроходимость 3. Апоплексия яичника 4. Острый аппендицит 9. При быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания
--	--	--	--

			боль усилилась, но передняя брюшная стенка остается мягкой. Для какой гинекологической патологии это характерно? 1. Апоплексия яичника * 2. Кишечная непроходимость 3. Нарушенная трубная беременность 4. Острый аппендицит 10. Цель действий врача скорой помощи при нарушенной трубной беременности? 1. Борьба с гиповолемией* 2. Установить клинический диагноз 3. Коррекция гемостаза 4. Быстрая транспортировка в стационар Задача № 1. На ургентном дежурстве врач-хирург попросил коллегу акушера-гинеколога применить метод инструментальной диагностики у женщины с наличием симптома «Ваньки-встаньки». О каком методе диагностики идет речь? При каком диагнозе чаще регистрируется симптом «Ваньки-встаньки»? Правильный ответ: Кульдоцентез (пункции брюшной полости через задний свод влагалища для подтверждения наличия крови в свободной брюшной полости). При разрыве селезенки. Задача № 2. Какая шкала применяется для выявления полиорганной недостаточности у пациентки с признаками «острого живота» на фоне гнойного процесса в придатках матки? Правильный ответ: Шкала SOFA: сознание (по шкале Глазго <15), артериальное давление (АД систолическое <100 мм рт ст), частота дыхания (>22 дыханий/мин). Задача № 3. В отделении экстренной и неотложной медицинской помощи у пациентки 16 лет после пробежки на большую дистанцию диагностирована «Апоплексия яичника слева, болевая форма». На основании каких анамнестических данных выставлен такой диагноз? Предположите. Правильный ответ: Внезапные боли внизу живота на фоне полного здоровья, связанные с физической нагрузкой, возникшие в середине менструального цикла (на овуляцию). Задача № 4. Определение каких объективных критериев обязательно для диагностики «острого живота» и как дифференцировать
--	--	--	--

			нарушенную трубную беременность и апоплексию яичника на догоспитальном этапе? Правильный ответ: Индекс Альговера и степень напряжения мышц передней брюшной стенки. При нарушенной трубной беременности Индекс Альговера нарастает в динамике, а при апоплексии яичника остается в пределах нормы; при нарушенной трубной беременности имеет место выраженный симптом напряжения передней брюшной стенки, а при апоплексии яичника живот болезненный, но мягкий. Задача № 5. У пациентки 27 лет с внезапно возникшими жалобами на острые боли внизу живота после танца при двуручном исследовании выявлено: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, размерами до 5 см в диаметре; слева придатки матки не определяются, своды свободные, выделения слизистые. Какие анамнестические данные уточнить? Предварительный диагноз. Тактика. Какого грозного осложнения опасаться? Правильный ответ: Анамнез жизни (о заболеваниях других органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Акушерско-гинекологический анамнез (задержка менструации, тест на беременность; половая жизнь, методы контрацепции; гинекологические заболевания и их лечение). Диагноз: Перекрут ножки кисты яичника. Тактика: Инфузия солевых растворов, антибактериальная терапия, хирургическое лечение (аднексэктомия) Опасаться сепсиса. Задача № 6. Больной 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, задержка менструаций. Заболела остро: от болей внизу живота потеряла ненадолго сознание. Бледна, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80 и 40 мм рт. ст. Живот мягкий, в нижних отделах болезнен, выражен симптом Щеткина. При влагалищном исследовании смещения шейки резко болезненны. Из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет. Поставьте диагноз.
--	--	--	---

			Тактика гинекологической помощи. Правильный ответ: внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Инфузионная терапия солевыми растворами, оперативное лечение (хирургический гемостаз путем тубэктомии).
7.12	Мастопатия. Рак молочной железы.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Для лечения фиброзно-кистозной мастопатии применяют: 1. Гестагены во второй фазе цикла * 2. Тамоксифен 3. Даназол 4. Андрогены у женщин старше 48 лет 2. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании: 1. Морфологического исследования * 2. Ультразвукового исследования 3. Термографии 4. Маммографии 3. Какое влияние на эпителий молочной железы оказывает избыточная продукция эстрогенов?: 1. Усиливает пролиферативные процессы, способствует возникновению мастопатии и рака * 2. На эпителий молочной железы не влияет 3. Уменьшает пролиферативные процессы 4. Не влияет на пролиферативные процессы 4. У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2х3см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Опухоль больная заметила месяц назад. Наиболее вероятный диагноз.: 1. Фиброаденома * 2. Болезнь Минца 3. Диффузная мастопатия 4. Рак молочной железы 5. У больной 52 лет около двух месяцев назад стал мокнуть сосок правой молочной железы, и появилась инфильтрация ареолы. Позже, отдельные участки ареолы стали изъязвляться и покрываться корочками. В подмышечной впадине пальпируется увеличенный лимфоузел. О каком заболевании можно думать? 1. Рак Пиджета * 2. Панцирный рак 3. Рожеподобный рак 4. Маститоподобный рак 6. Доброкачественная дисплазия молочной железы сигнализирует о: 1. Расстройствах нейрогуморального

			гомеостаза * 2. О развитии воспаления в молочной железе 3. О гипоестрогении 4. О наступлении беременности 7. Типичным симптомом внутримаммарной папилломы является: 1. Кровянистые выделения из соска * 2. Болезненность при пальпации ареолы 3. Симптом втяжения 4. Наличие плотного участка с зернистой поверхностью 8. У больной 58 лет через 3 года после лечения рака молочной железы, выявлен плеврит. Уточнить этиологию плеврита можно: 1. При цитологическом исследовании эвакуированной плевральной жидкости * 2. По анализу крови 3. При пункции плевральной полости визуально 4. По рентгенографии легких 9. Заболеваемость раком молочной железы: 1. Повышается * 2. Стабилизировалась 3. Снижается 4. Четкой закономерности нет 10. Рак молочной железы с опухолью диаметром 5,5 см с метастазом в одном подмышечном лимфоузле относят к стадии: 1. III Б* 2. II А 3. III А 4. II Б Задача № 1. Женщина, 34 года, обратилась к маммологу с жалобами на боли и нагрубание молочных желез, связанные с менструальным циклом. Из анамнеза: В последнее время много пьет кофе, нервничает из-за поведения детей в школе. Супруг ушел к другой женщине. Беременностей было 3, из них двое родов и один аборт. Менархе - с 12 лет. Выполнено УЗИ молочных желез – BI-RADS доброкачественные изменения. Диагноз? Тактика? В чем механизм действия витекса священного, входящего в состав препарата мастодинон? Правильный ответ: Фиброзно-кистозная мастопатия. Назначена терапия мастодиноном. Рекомендовано контрольное наблюдение через 3 мес. При контрольном обследовании больная отмечает уменьшение болевого синдрома, отека молочных желез. Витекс священный воздействует на допаминовые D2-рецепторы
--	--	--	--

		гипоталамуса, снижая секрецию пролактина. Задача № 2. Женщина, 30 лет, обратилась к маммологу для планового осмотра. Из анамнеза: беременностей и родов не было. Менструации регулярные. При осмотре: молочные железы симметричные, кожа и сосково-ареолярные комплексы не изменены. Выделений из сосков нет. Пальпаторно ткань молочных желез без узлообразований. Регионарные лимфатические узлы не определяются. Выполнено УЗИ молочных желез: без патологии. Что относится к методам вторичной профилактики мастопатий? Правильный ответ: поддержание оптимального ИМТ, ограничение продуктов, содержащих метилксантины (кофе, чай, шоколад, какао, кола), употребления животных жиров и мяса, продуктов, богатых клетчаткой, отказ от приема алкоголя в возрасте от менархе до первых родов, лечебная физкультура. Помнить, что использование комбинированных препаратов для менопаузальной гормонотерапии, содержащих эстрогены и синтетические прогестины более 8 лет на 74% увеличивает риск мастопатии. Задача № 3. Женщина, 40 лет, с циклической масталгией на протяжении последних 2 лет наблюдается у маммолога. Итог наблюдения - улучшение общего самочувствия, уменьшение болезненности и нагрубания молочных желез. Предположите тактику ведения. Правильный ответ: Диагноз - фиброзно-кистозная мастопатия. Один раз в полгода проходит плановый осмотр у маммолога, гинеколога, УЗИ молочных желез. Лечение: режим труда и отдыха, правильное питание, седативные препараты, мастодион (витекс священный). Задача № 4. Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен? С
--	--	---

			какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза? Сформулируйте окончательный диагноз. Назначьте лечение. Правильный ответ: Левосторонняя мастопатия. Дифференцировать с раком молочной железы, кистой левой молочной железы, фиброаденомой молочной железы. Анализы: клинический анализ крови, мочи – патологии нет. Маммография – затемнение диффузного характера с мелкими очагами просветления. УЗИ: гиперэхогенные структуры с неровными контурами. Пункционная биопсия – картина фиброзно-кистозной мастопатии. Диагноз окончательный: Кистозно-фиброзная мастопатия, узловая форма Оперативное – секторальная резекция молочной железы. Задача № 5. На прием к хирургу обратилась девушка 20 лет с жалобами на недоразвитие молочных желез. Находится на лечении у эндокринолога и гинеколога по поводу этого заболевания. Несмотря на консервативное лечение, грудные железы не увеличиваются. Со стороны внутренних органов при объективном исследовании патологии не обнаружено. Обе молочные железы малых размеров, симметричны, при пальпации безболезненны. Регионарные лимфоузлы не увеличены. О каком заболевании можно думать у данной больной? Назовите возможные пороки развития молочной железы и соска. Каким образом можно улучшить качество жизни этой пациентки? Возможные осложнения операции. Правильный ответ: <u>Диагноз:</u> Двухсторонняя гипомастия. <u>Пороки развития:</u> Политения – много сосков (обычно располагаются по линии, идущей от подмышечной к половым органам). Полимастия – много молочных желез. Добавочная молочная железа (чаще всего ткань железы располагается в подмышечной ямке в виде подкожного опухолевидного образования, сосок отсутствует). Гипертрофия молочных желез. Гигантомастия. Мастоптоз. Ателия. Амастия. <u>Помощь:</u> Имплантация силиконовых протезов под молочные железы. <u>Возможные осложнения:</u> Нагноение раны. Инфицирование протеза и его отторжение. Образование фиброзной капсулы. Повреждение капсулы протеза и распространение силикона по
--	--	--	---

			организму
7.13	Бесплодный брак.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задача Демонстрация пациентки	1. При обследовании бесплодной пары в первую очередь показано? 1.Исследование спермы партнера* 2.Гистеросальпингография 3.Биопсия эндометрия 4.Определение базальной температуры 2. Ведущая причина infertility и «плохой беременности» в современном мире? 1.Аномальный сперматозоид * 2.Спайки в малом тазу 3.Эндометриоз яичника 4.Психогенный фактор 3. Лапароскопия позволяет все, кроме? 1. Выявить изменения эндометрия, зависящие от уровня циркулирующего прогестерона * 2. Выявить аномалии матки и маточных труб 3. Обнаружить околотрубные спайки 4. Диагностировать эндометриоз яичников 4. Причинами нарушения овуляции может быть все перечисленное, кроме? 1.Болезнь Крона * 2.Гипоталамо-гипофизарная недостаточность 3.Избыток кортизола 4.Заболевания щитовидной железы 5. Наиболее серьезная причина бесплодия, обнаруживаемая при проведении посткоитального теста: 1.Азооспермия * 2.Дисфункция фаллопиевых труб 3.Патологическое изменение цервикальной слизи 4.Недостаточность лютеиновой фазы 6. Все следующие методы используются для исследования эндометрия, кроме.? 1.Лапароскопии * 2.Гистеросальпингографии 3.Биопсии эндометрия 4. Бактериального посева содержимого полости матки 7. Современным методом лечения трубного бесплодия является: 1.Экстракорпоральное оплодотворение * 2. Искусственное оплодотворение с использованием спермы донора 3.Искусственное осеменение 4. Психотерапия 8. Какой наиболее достоверный метод выявления овуляции? 1.Наступление беременности * 2.Симптом зрачка 3.Биопсия эндометрия

			4.Базальная температура 9. На какой диагноз указывают непроходимость маточных труб в области фимбрий, пролиферация складок труб и гигантские клетки на протяжении фаллопиевых труб? 1.Генитальный туберкулез * 2.Эндометриоз 3.Аденокарцинома 4.Гонорейный сальпингит 10. Основные условия для успешного зачатия все, кроме? 1. Температура тела 36,7оС * 2. Проходимость фаллопиевых труб 3. Достаточное количество качественных сперматозоидов 4. Циклическое высвобождение яйцеклетки из яичников Задача № 1. Пациентка О., 28 лет обратилась с жалобами на отсутствие беременности в течение 6 лет. Выяснено, что спермограмма мужа в пределах нормы. Менархе в 14 лет. Менструации по 4-5 дней через 45-60 дней, нерегулярные, безболезненные. Объективно: рост 164 см, вес 90 кг. Гирсутое число по шкале Ферримана—Голлвея равно 9. Молочные железы развиты, мягкие безболезненные. Статус локалис: наружные половые органы развиты правильно, оволосенение по женскому типу. При бимануальном исследовании матка несколько уменьшена в размерах, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки из-за выраженного отложения жира на передней брюшной стенке четко не пальпируются, область их безболезненна, своды свободны. Базальная температура монофазная. Какова наиболее вероятная причина бесплодия? Необходимый объем обследований для уточнения диагноза? Какой метод лечения бесплодия назначить данной пациентке? Правильный ответ: Ановуляции. Обследование: УЗИ органов малого таза, уровень тестостерона, кортизола, ЛГ/ФСГ, АМГ, ДГЭА-С, 17-ОНП, биохимический анализ крови. Лечение: Снижение веса (диета, физическая нагрузка, статины), метформин, стимуляция овуляции (медикаментозная, хирургическая). Задача № 2. На прием гинеколога обратилась пациентка 32 лет с жалобами на невозможность забеременеть в течение 7 лет.
--	--	--	---

		Из анамнеза: было 2 беременности, одна из которых завершилась медицинским абортом, осложнившимся эндометритом на фоне остатков плодного яйца и повторным выскабливанием полости матки; вторая беременность — трубная, проведена операция правосторонней тубэктомии. Менструальный цикл регулярный, по 3-4 дня через 26-28 дней. Муж обследован, спермограмма — норма. При бимануальном обследовании: влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, ограничено в подвижности, несколько отклонено вправо, безболезненное. Справа придатки не определяются, левые придатки несколько тяжистые, безболезненные, своды свободные, выделения слизистые. Диагноз? План обследования. Тактика? Правильный ответ: Диагноз: Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор. Обследование: Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, обследование на половые инфекции, УЗИ органов малого таза, соногистеросальпингография, лапароскопия. Тактика: Лечебная лапароскопия, сальпингооовариолизис. Гирудотерапия. Физиотерапевтическое лечение. Курорт. Задача № 3. Пациентка 35 лет обратилась на прием в женскую консультацию с жалобами на обильные, длительные и болезненные менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет. Из анамнеза: одни роды 10 лет назад, последние 6 месяцев беспокоят обильные менструации. На прием к гинекологу не обращалась 2 года. Гинекологическое исследование: шейка матки чистая; тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые. По данным УЗИ органов малого таза: тело матки 65*56*50 мм, в миометрии передней стенки определяется округлое образование средней эхогенности с четкими контурами 15 мм в диаметре, деформирующее полость матки. В толще миометрия задней стенки — округлое образование 9*11 мм. Структура и размеры яичников без особенностей. Диагноз? План обследования? Тактика? Правильный ответ: Диагноз: Миома матки с субмукозным ростом узла. Вторичное бесплодие.
--	--	--

			План обследования: гистероскопия. Тактика: Гистерорезектоскопия, миомэктомия Задача № 4. Пациентка 37 лет состоит на учете по бесплодию в центре планирования семьи в течение 15 лет. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает, операций не было. Замужем 5 лет. Беременностей не было. Обследована: менструальный цикл двухфазный, при метросальпингографии трубы проходимы, при УЗИ органов малого таза патологии гениталий не выявлено. Спермограмма мужа в норме. При проведении посткоитального теста: через 6 часов подвижные сперматозоиды не определяются. Какой фактор бесплодия наиболее вероятен? Какие дополнительные исследования провести с целью подтверждения причины бесплодия? Правильный ответ: Иммунологический. Обследование: MAR-тест, пробу Курцрока—Миллера. Тактика: Искусственная инсеминация спермой мужа. Задача № 5. На специализированный прием в центр «Брак и семья» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 11 лет регулярной половой жизни без предохранения в трех официальных браках, менструальный цикл регулярный. Из анамнеза: менархе в 12 лет. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу апоплексии яичников 10 лет и 8 лет назад соответственно. После второй операции была кишечная непроходимость. Далее через три года была еще одна операция лапаротомическим доступом по поводу апоплексии яичников. В дальнейшем беременности по прежнему не наступали. Но обследован только третий супруг - здоров. Спермограмма в норме. Гинекологическое исследование: матка anteversio, ante-flexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. Но обращает внимание плотность тканей в малом тазу. При УЗИ органов малого таза: матка 48*40*35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15*13*10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18*15*10 мм аналогичной структуры. Яичники подтянуты к матке. Визуализированы
--	--	--	---

			плоскостные спайки в малом тазу. Уровень ФСГ и АМГ в норме. Возможная причина бесплодия? Тактика? Размышления? Правильный ответ: Тазовые перитонеальные спайки после операций. Тактика: усыновление или ЭКО со спермой мужа, если стоит вопрос детей в семье. Размышления: апоплексия яичников не всегда подлежит хирургическому лечению.
7.14	Консервативные методы лечения гинекологических больных.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1 .Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами является в 42 года может являться: 1.Гипофункция яичников * 2. Ановуляторные циклы 3. Поликистоз яичников 4.Синдром Кляйнфельтера 2. При аменорее на фоне мнимой беременности показаны: 1.Психотерапия * 2. Седативные средства 3. Терапия гестагенами 4.В терапии не нуждается 3. При длительном применении гестагенов для лечения больных с обильными маточными кровотечениями в репродуктивном возрасте необходимо: 1. Вести менограмму * 2. Назначать одновременно желчегонные средства 3. Контролировать свертывающую систему крови 4. Через каждые 3 месяца проводить диагностическое выскабливание матки 4.Комбинированные оральные гормональные контрацептивы на сегодняшний день используют для лечения: 1.Диффузной мастопатии * 2. Преждевременного истощения яичников 3. Постгистерэктомического синдрома 4.Синдрома Шерешевского-Тернера 5. Лечение дисменореи у девушки заключается в применении: 1. Антагонистов альдостерона * 2. Спазмолитиков, анальгетиков и ингибиторов простагландина 3. Фитоэстрогенов 4. Витамина С 6. При рецидивирующей железистой гиперплазии эндометрия у пациентки 39 лет с индексом массы тела 22,5 и аномальными маточными кровотечениями целесообразно назначить:

			1. Внутриматочный контрацептив с левоноргестрелом (Мирена)* 2. Эстрадиол местно (вагинальные свечи Овепол) 3. Курс магнитотерапии на низ живота 4. Удаление матки с придатками 7. У девочки-подростка 15 лет после психоэмоционального стресса возникла обильная и длительная менструация с падением гемоглобина до 78 г/л. Кровотечение продолжается. Какова тактика? 1. Транексамовая кислота * 2. Раздельное выскабливание стенок полости матки с патогистологическим исследованием соскоба 3. Дидрогестерон по 30 мг в сутки 4. Аминокапроновая кислота 8. Препаратом выбора у 22 летней девушки с выраженной альгоменореей и обильными менструальными кровотечениями является: 1. Диенгест * 2. Ременс 3. Джес + 4. Клайра 9. При сухости во влагалище и диспареунии у 52 летней женщины назначить: 1. Эстриол вагинально * 2. Клайра 3. Фемостон 2/10 4. Гидрокортизоновую мазь на вульву 10. Противопоказаниями к назначению заместительной терапии эстрогенами в переходном периоде является все, кроме: 1. Уриногенитального синдрома * 2. Вагинальных кровотечений неясной этиологии 3. Злокачественных новообразований молочной железы 4. Тромбоза глубоких вен в анамнезе Задача № 1. Пациентка 26 лет жалуется на ухудшение состояния за 5 дней до менструации: отёки, прибавку в весе, ощущение напряжения и болезненности молочных желёз, раздражительность, плохое настроение, головную боль. С наступлением очередной менструации жалобы исчезают. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено. Диагноз и рекомендации по ведению пациентки? Правильный ответ: Предменструальный синдром. Нормализовать режим труда, отдыха, питания (снизить прием кофеина и алкоголя),
--	--	--	--

			сна; психоэмоциональное состояние (убрать стрессы). При лечении основного предменструального синдрома в легкой и умеренной форме рекомендуется лечение с подавлением овуляции с помощью оральных контрацептивов, содержащие Дроспиренон (Ярина +, Джес +, ПланиЖенс дроспи). Реже назначается Гонадотропин-рилизинг гормон (бусерилин). По назначению психиатра – антидепрессанты. Если отказывается от гормональной терапии – симптоматическое лечение (ибупрофен, верошпирон, парлодел). Вести «Дневник наблюдения за состоянием пациентов с синдромом предменструального напряжения». Задача № 2. Пациентка 36 лет жалуется на изнуряющие тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе резекция левого яичника по поводу эндометриоидной кисты, после чего гормональную терапию не получала. При двуручном исследовании сегодня выявлено: слева и кзади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5х6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое образование 5х6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком. В анамнезе двое родов. Больше беременеть не планирует. Диагноз и тактика ведения после операции? Правильный ответ: Эндометриома яичника (эндометриоидная киста), рецидив. Лечение: операция (вымывание эндометриомы с максимальным сохранением ткани яичника). Далее целесообразно назначить диеногест с оценкой динамики лечения (персонализированный подход к купированию болевого синдрома и профилактики прогрессирования эндометриоза). Задача № 3. Больной 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС «Юнона» 5 лет. Менструальная функция не нарушена. Через 10 дней после окончания очередной менструации появились боли внизу живота и обильные выделения гнойного характера из половых путей, в связи с чем обратилась к врачу. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые обычной окраски. Температура
--	--	--	---

		37,7°C; лейкоцитоз крови - $9,4 \times 10^9$ /л. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитональных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС и умеренные слизисто-гнойные выделения. При двуручном исследовании — шейка матки без особенностей, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, умеренно болезненная, своды глубокие, выделения слизисто-гнойные. Диагноз. Тактика ведения. Правильный ответ: Диагноз: острый метроэндометрит на фоне ВМС. Тактика ведения – мазок на флору выделений из цервикального канала (определение возбудителя и его чувствительности к антибиотикам), удаление ВМС, инфузионная терапия солевым раствором, назначение антибиотиков перорально с учетом чувствительности, НПВС. Задача № 4. Девушка 21 года обратилась к гинекологу с жалобой на отсутствие менструаций, недоразвитие молочных желез. Из анамнеза известно: родилась недоношенным ребенком, массой 2150 г, в детском возрасте часто болела. Общий осмотр: рост 146 см, грудная клетка бочкообразной формы с широко расположенными сосками, шея короткая с крыловидными складками. Молочные железы гипопластичны. Оволосение в подмышечных впадинах отсутствует. При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение отсутствует. Девственная плева целая. Per rectum: Матка значительно меньше нормы. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Предположительный диагноз? Какие необходимы обследования для подтверждения диагноза? Цели лечения. Правильный ответ: Предположительный диагноз: Синдром Шерешевского-Тернера. Эхосонография трансвагинальная (для уточнения аномалии и степени развития внутренних гениталий); Кариотипирование (определение полового хроматина); Консультация генетика. Лечение: заместительная гормонотерапия. Цель лечения: развитие молочных желез, циклическое изменение эндометрия, профилактика эстрогендефицитных состояний. Задача № 5. В детскую больницу поступила
--	--	---

		девушка 17 лет с жалобами на обильные менструации со сгустками крови на протяжении 10 дней, которые начались после 2-х месячной задержки. Половую жизнь не ведет. В детстве часто и долго болела ОРВИ. С 8 лет страдает декомпенсированным тонзиллитом с частыми осложнениями. Месячные начались в 16 лет, ритм не установился до настоящего времени. Рост девочки 172 см, масса тела 50 кг (дефицит массы тела, индекс массы тела – 16,9). Молочные железы по Таннеру имеют II степень развития, лобковое оволосение скудное. Вульва развита правильно. При ректально-абдоминальном обследовании: матка маленькая, рудиментарная, соотношение тела и шейки матки 1:1, придатки не пальпируются. При рентгенологическом обследовании – турецкое седло нормальных размеров. Какой диагноз предположительно? Какие методы диагностики, не указанные в условии задачи, уточнить для установления диагноза? Коррекция? Правильный ответ: Аномальное маточное кровотечение на фоне нарушения менструального цикла в пубертатном периоде (овуляторная дисфункция по классификации PALM-COEIN). Гипоэстрогения. Методы диагностики: Субъективные: анамнез заболевания (стрессы, режим питания); анамнез жизни (как протекала беременность и роды у мамы); Объективные: эхонография органов малого таза; уровень половых гормонов (эстрогены, прогестерон, тестостерон). Для коррекции: нормализовать режим труда, сна, питания; изучить психоэмоциональное состояние. Целесообразно по согласованию назначить диеногест и эстроген с заместительной целью (Клайра). При отказе – транексамовая кислота. Задача № 6. Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций, которые до этого были регулярными. Диагноз? Тактика врача? Правильный ответ: Вторичная Аменорея. Проводим общий осмотр, тесты функциональной диагностики, кровь и мочу на гормоны и их метаболиты. УЗИ исследование яичников и матки. Гистероскопическое обследование матки на наличие синехий. Диагностическая лапароскопия. Рентгенография области турецкого седла. Назначить заместительную гормонотерапию либо
--	--	---

			хирургическое вмешательство, при наличии синехий или опухолей, поликистозных яичников. Задача № 7. Больная, 52 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара к лицу, голове и верхней половины туловища до 10 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головокружение, нарушение сна, утомляемость. Постменопауза 2,5 года. При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище в состоянии возрастной инволюции, матка уменьшена в размерах, придатки не пальпируются. Диагноз? План обследования и лечения? Правильный ответ: Климактерический синдром, легкая степень нейровегетативных нарушений (т.к до 10 приливов). Присутствуют психоэмоциональные нарушения. Местные симптомы (урогенитальные) также присутствуют - средневременные проявления климактерического синдрома. Смотрим уровень стероидных гормонов в крови и их метаболитов в моче. Рентгенологические исследования костей, на наличие разреженности костной ткани (остеопороз). Ангиография коронарных сосудов (атеросклероз). Лечение: Местно эстриол (овестин). ФСГ >25 МЕ/л - может быть рассмотрен вопрос о назначении менопаузальной гормонотерапия в непрерывном режиме (эстрадиол 1 мг + дидрогестерон 5 мг (Фемостон конти 1/5) или эстрадиол 1 мг + дроспиренон 2 мг (Анжелик). Задача № 8. Больная, 57 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боль при половом сношении, неприятные выделения из половых путей, дизурические явления. Постменопауза 7 лет. При гинекологическом исследовании: слизистая преддверия влагалища истончена с множественными мелкоточечными кровоизлияниями, кровоточива. Матка и придатки в состоянии возрастной инволюции. При расширенной кольпоскопии определяются истончение слизистой влагалища, кровоточивость, субэпителиальная сосудистая сеть. РН влагалищного содержимого 6,1. Диагноз? План обследования и лечения? Правильный ответ: Климактерический синдром без системных проявлений. Только местные + присоединившийся кольпит на
--	--	--	---

			инволюционно-измененную слизистую влагалища (Генитоуринарный синдром). Бактериологическое исследование с определением антибиотикоустойчивости. Бактериоскопия. Метранидозол 1 таб (500мг) на ночь в течение 7 дней. Местно мазь (овестин) – эстриол 0,5 мг.
7.15	Хирургические методы лечения гинекологических больных.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	1. Анатомическая ножка кисты яичника включает все, кроме: 1. Маточной трубы * 2. Заднего листка широкой связки 3. Собственной связки яичника 4. Воронкотазовой связки 2. В результате чего возникает картина острого живота при перекруте кисты? 1. Нарушения питания в кисте * 2. Гиповолемии 3. Раздражения брюшины истекшим содержимым кисты 4. Присоединения инфекции 3. Преимуществами поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки по сравнению с нижнесрединным является все перечисленное, кроме: 1. Технической простоты исполнения * 2. Лучшего косметического эффекта 3. Возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде 4. Меньшей вероятности развития послеоперационных грыж 4. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции: 1. В первую неделю после прекращения менструации * 2. В дни менструации 3. Накануне менструации 4. Выбор дня менструального цикла не имеет значения 5. Во время операции искусственного прерывания беременности у женщины 26 лет произведена перфорация матки. Во время лапаротомии обнаружено: перфорация произошла в области перешейки матки справа, здесь же имеется гематома между листками широкой связки, за мочевым пузырем, достигающая до стенок таза. Следует произвести: 1. Пригласить сосудистого хирурга для перевязки внутренней подвздошной артерии* 2. Экстирпацию матки с придатками 3. Ушивание перфорационного отверстия

			4. Дренирование стенки таза 6. Наиболее предпочтительные методы лечения при хориокарциноме матки: 1. химиотерапия и экстирпация матки с придатками * 2. химиотерапия 3. экстирпация матки с придатками 4. экстирпация матки без придатков 7. Мероприятия, которые следует проводить при подготовке больной к операции на промежности и влагалище для профилактики воспалительных заболеваний: 1. Исследование флоры влагалища * 2. Регулярное промывание мочевого пузыря и влагалища антисептиками до нормализации состава мочи и приобретения ею кислой реакции 3. УЗИ органов малого таза 4. Перевод больной на питание достаточной калорийности и легкой усвояемости (без клетчатки) 8. Негативные последствия, возникающие после ампутации шейки матки: 1. Резко снижается защитная роль слизистой пробки * 2. Снижается рецепция шейки матки и ее роль в регуляции кровоснабжения и функции яичников 3. Повышается риск возникновения несостоятельности тазового дна 4. Повышается риск невынашивания последующих беременностей 9. Показания для рассечения девственной плевы: 1. Полное ее заращение * 2. Развитие вульвовагинита у девочек 3. Необходимость выскабливания матки у женщин, не живших половой жизнью 4. Желание пациентки 10. Наиболее типичные осложнения после диатермокоагуляции шейки матки: 1. Заращение наружного зева шейки матки * 2. Кровотечение при отторжении струпа 3. Эндометриоз влагалищной части шейки матки 4. Посткоагуляционный синдром 11. Обязательное условие выполнения парацервикальной анестезии 1. Инфильтрация тканей должна сопровождаться потягиванием поршня шприца для исключения попадания иглы в кровеносный сосуд * 2. Наличие анестезиолога
--	--	--	---

		3. Премедикация наркотиками 4. Оценка порога болевой чувствительности пациентки. Задача № 1. Пациентка 45 лет поступила в приемное отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, сухость во рту, тошноту. Последняя менструация 3 недели назад. В течение 10 лет наблюдается у гинеколога по поводу множественной миомы матки. Заболела остро, когда после физической нагрузки внезапно возникли боли, недомогание. При осмотре тело матки увеличено до 12 недель беременности, из дна матки исходит округлое образование с четкими контурами, размерами 6 х 7 см, резко болезненное при исследовании. Предполагаемый диагноз? Тактика ведения? Правильный ответ: Миома матки, субсерозный узел. Подозрение на перекрут ножки узла матки, нарушение питания узла. Тактика: УЗИ органов малого таза, анализ крови клинический, инфузионная терапия с целью дезинтоксикации и борьбы с гиповолемией, антибактериальная терапия, спазмолитики. В динамике клинико-лабораторных показателей определиться с хирургическим лечением – лапаротомия, миомэктомия. При распространении патологического процесса – гистерэктомия. Задача № 2. Больная 21 года поступила в приемное отделение с жалобами на схваткообразные боли в нижних отделах живота, обильные кровяные выделения из влагалища. Последняя менструация 8 недель назад. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрическая, наружный зев открыт, в цервикальном канале определяется большое количество сгустков крови с участками губчатой ткани темно-багрового цвета. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатое, болезненное, возбудимое при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, глубокие. Диагноз? План лечения? Правильный ответ: Аборт в ходу. Лечение - раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Далее – антибиотикопрофилактика, обсудить контрацепцию или план прегравидарной подготовки на будущее.
--	--	--

			Задача № 3. Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5х5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища. Диагноз. Тактика ведения. Особенности клинической картины данного варианта патологии. Правильный ответ: Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. Необходим анализ на ХГЧ, УЗИ органов малого таза. Предположительно: ХГЧ+, по УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует. Лечение: лапароскопия, ревизия органов малого таза, тубэктомия для достижения гемостаза. Особенности: При прервавшейся трубной беременности по типу трубного аборта возможна атипичная клиническая картина – стертость клинических симптомов: медленное развитие клиники прерывания беременности, отсутствие острого начала заболевания, что еще более опасно. Задача № 4. Больная 25 лет. Жалобы на чувство тяжести внизу живота, тянущие боли, больше справа. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через год, обильные и болезненные. Половая жизнь с 18 лет, беременностей не было. В течение 2-х лет беспокоят выше перечисленные жалобы. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. Справа и спереди от матки определяется подвижное округлое образование, неравномерной консистенции, плотное, с неровной поверхностью, до 6 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: правый яичник смешанного солидно-кистозного строения, с акустической тенью, обусловленной наличием костной ткани, мелкозернистой структуры из-за жирового содержимого. Диагноз? План ведения? Правильный ответ: Дермоидная киста правого яичника. Тактика – лапароскопическая операция: энуклеация кисты. Задача № 5. Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной
--	--	--	--

			миомы матки 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 удара в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. НЬ - 76 г/л. Диагноз. Какие исследования следует произвести до операции. Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной? Правильный ответ: Диагноз: Множественная миома матки: аномальные маточные кровотечения с развитием постгеморрагической железодефицитной анемии. Тактика – до операции – РДВ с гистологией (для оценки состояния эндометрия), предоперационная подготовка включает лечение анемии (препараты железа). Возможны прогестагены, либо аналоги гонадолиберина, что способствует уменьшению миомы в размерах, уменьшению кровопотери (персонализированный подход). Операция – при подозрении на злокачественное перерождение - экстирпация матки с придатками. При отсутствии патологии эндометрия - гистерэктомия с маточными трубами без яичников. Плановое вмешательство по поводу миомы целесообразно проводить в первой половине менструального цикла. Задача № 6. Девочку 13 лет с нормальной морфограммой (нормального телосложения и индекс массы тела в норме) в течение 3 месяцев беспокоят боли внизу живота, которые сопровождались тошнотой, рвотой, подъемом температуры до 38,6°C. До настоящего времени, несмотря на хорошо выраженные вторичные признаки, менструаций не было. Диагноз? Тактика врача? Правильный ответ: Нормогонадотропная аменорея. Синдром Рокитанского-Кюстера-Хаузера. Возникновение болей может быть связано с гематокольпосом, гематомезесом, гематосальпинксом. <u>Результаты обследования:</u> Проводим общий осмотр. Возможно обнаружение атрезии девственной плевы, укорочение влагалища. Гистероскопия – аплазия матки. Гормоны в норме, т.к. яичники функционируют нормально. Произошел регресс лишь Мюллеровых протоков. Назначаем вагинопластику. Для этого чаще всего используется сигмовидная кишка на сосудистой ножке.
7.16	Общие	Тестирование	1. В соответствии с физико-химическими

	требования, предъявляемые к хранению лекарственных средств в отделениях, подразделениях лечебно-профилактических учреждений.	Устный и письменный ответ Решение ситуационных задач Демонстрация пациентки	свойствами и влиянием различных факторов внешней среды выделяют нижеуказанные группы лекарственных средств, кроме: 1. Ядовитые вещества * 2. Дезинфицирующие 3. Требующие защиты от воздействия влаги 4. Требующие защиты от света 2. Дозированные лекарственные средства в определённой лекарственной форме:: 1. Лекарственный препарат * 2. Лекарственные средства 3. Наркотические средства 4. Ядовитые вещества 3. Классификационный признак для отдельного хранения ЛС согласно приказа МЗ РФ от 31.08.2016 №646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»: 1. Способ введения * 2. Способ применения 3. Срок годности 4. Лекарственная форма 4. Лицо, контролирующее и отвечающее за лекарственное обеспечение пациентов в конкретном отделении ЛПУ?: 1. Заведующий отделением * 2. Лечащий врач 3. Старшая медицинская сестра 4. Палатная медсестра 5. Помещение, предназначенное для хранения запасов лекарственных средств: 1. Кабинет старшей медицинской сестры * 2. Кабинет заведующего отделением 3. Процедурный кабинет 4. Манипуляционный кабинет 6. Растворы для инъекций готовые не должны храниться в шкафу: 1. Вместе с другими препаратами * 2. С учетом срока годности 3. В заводской упаковке 4. В прохладном месте 7. К основополагающим принципам хранения лекарственных средств относится все, кроме: 1. Выписка и получение ЛС из аптеки * 2. Информационное обеспечение 3. Системность контроля 4. Экономическая эффективность 8. Что не относится к климатическому режиму в процессе хранения ЛС: 1. Требования к площади* 2. Требования к освещенности
--	---	--	--

			3. Требования к газовому составу воздуха 4. Требования к влажности 9. Что не является функцией фармацевтического порядка: 1. Учёт взятия крови на биохимические исследования * 2. Хранение лекарственных средств 3. Учет лекарственных средств в документации отделения 4. Выписка и получение лекарственных средств из аптеки 10. Температура хранения антибиотиков в шкафу: 1. 20-25°C * 2. 18-22°C 3. 21-23°C 4. 23-26°C Задача № 1. Какие лекарственные растительные средства используются в составе препаратов иммуностимулирующего действия, реализуемых в России и применяемых у больных гинекологического профиля? При каких состояниях и болезнях их используют? Правильный ответ: Женьшень настоящего корня, Родиолы розовой корневища и корни, Элеутерококка колючего корневища и корни, Эхинацеи пурпурной трава, Аралии маньчжурской корни, Лимонника плоды, Лимонника семена, Рапонтикума сафлоровидного корневища с корнями. <u>Применяют</u> при сниженном иммунитете на фоне хронических воспалительных заболеваний гениталий, в послеоперационном периоде, при лечении бесплодия, при астенических синдромах на фоне хронической патологии. Задача № 2. Что такое адаптогены и зачем их применяют в гинекологической практике? Классификация? Правильный ответ: Адаптогены – препараты, которые мобилизуют внутренние ресурсы организма и повышают его адаптационные возможности. Считается, что адаптогены укрепляют иммунитет, повышают умственную и физическую активность. В результате организм человека становится более устойчивым к инфекциям, плохой экологии, стрессу, смене часовых поясов, перепадам температур и атмосферного давления. Адаптогены оказывают общетонизирующее и стимулирующее действие на центральную
--	--	--	---

			нервную систему и организм в целом. Классификация: Адаптогены растительного происхождения (Препараты на основе элеутерококка, женьшеня, лимонника, аралии, родиолы, левзеи, чаги); адаптогены животного происхождения (Препараты на основе пантов марала, акульего жира, продуктов пчеловодства (пыльца, маточное молочко, прополис); адаптогены синтетического происхождения (Мелатонин, дибазол, энерион, лимонтар, оксиэтиламмония метилфеноксиацетат, цитруллина малат). Задача № 3. Какой механизм действия у Омепразола? Какие показания к применению Омепразола у гинекологических больных? Побочные действия? Правильный ответ: <u>Механизм действия:</u> ингибирует фермент $H^+-K^+-ATPase$ в париетальных клетках желудка и блокирует тем самым заключительную стадию синтеза соляной кислоты. Это приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции соляной кислоты. <u>Показания:</u> Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, связанные с приёмом НПВС. Стрессовые язвы. <u>Побочные действия:</u> Диарея или запор, тошнота, рвота, метеоризм, боль в животе, сухость во рту, нарушения вкуса, стоматит, транзиторное повышение уровня печёночных ферментов в плазме; головная боль, головокружение, возбуждение, сонливость; мышечная слабость, миалгия, артралгия; лейкопения, тромбоцитопения; гинекомастия. Задача № 4. У беременной женщины зубная боль. Просит продать Трамадол. Рецепта нет. У женщины 6 неделя беременности. Какие Правила выписывания рецепта на Трамадол. Возможно ли применение Трамадола во время беременности? Правильный ответ: Трамадол – рецептурный препарат, относящийся к списку сильнодействующие вещества (ПП РФ № 964). Форма рецептурного бланка - 148-1/у-88. Срок действия рецептурного бланка 15 дней со дня выписывания. Срок хранения рецептурного бланка 3 года (подлежит предметно-количественному учёту). Назначение Трамадола возможно во время беременности (II и III триместр) только под строгим медицинским
--	--	--	--

			наблюдением, если польза для матери превышает риск для плода. Применение препарата должно быть ограничено только разовым приёмом. Категория действия на плод по FDA – С. Задача № 5. В аптеку обратилась беременная женщина (срок беременности 9 недель), просит продать Флуконазол в капсулах. Рецепта нет. Из анамнеза известно, что в течение недели отмечает зуд и выделения из влагалища белого цвета. До беременности отмечала подобную симптоматику после лечения антибактериальным препаратом. Лечилась Флуконазолом 150 мг однократно, с эффектом. В настоящее время к гинекологу по данной проблеме не обращалась. Аллергоанамнез не отягощен. Просит фармацевта продать Флуконазол в дозе 150 мг. Перечислите нежелательные лекарственные реакции на Флуконазол и противопоказания к его назначению. Имеются ли у обратившейся в аптеку пациентки противопоказания к назначению Флуконазола? Правильный ответ: <u>Нежелательные реакции:</u> дискомфорт в животе, тошнота, головная боль, - повышение активности АСТ и АЛТ, в высоких дозах (более 0,6 г/сут.) возможны водноэлектролитные нарушения, гипокалиемия, отёки, артериальная гипертензия, застойная сердечная недостаточность, надпочечниковая недостаточность. <u>Противопоказания:</u> повышенная чувствительность к препарату (в т.ч. к другим азольным противогрибковым лекарственным средствам в анамнезе); одновременный приём Терфенадина (на фоне постоянного приема Флуконазола в дозе 400 мг/сут и более) или Астемизола, а также других препаратов, удлиняющих интервал QT; детский возраст до 4 лет. У <u>беременных женщин</u> в 1 триместре противопоказан, во 2 триместре - строго по показаниям, при беременности в 3 триместре назначается в исключительных случаях, когда появляется подозрение на патологические роды, мертворождение плода и смерть будущей мамы от прогрессирующей генерализирующей формы грибкового поражения.
7.17	Контрацепция.	Тестирование Устный и письменный ответ Решение	1. Что из перечисленного ниже будет противопоказанием к применению комбинированных оральных контрацептивов? 1. Гиперхолестеринемия * 2. Анемия железододефицитная

		ситуационных задача Демонстрация пациентки	3.Хронический гастрит 4.Возраст 18 лет 2. При каком из перечисленных ниже патологических состояний можно ожидать ухудшения состояния при назначении комбинированных оральных контрацептивов? 1.Мигрень * 2.Анемия железодефицитная 3.Хронический гастрит 4.Гиперхолестеринемия 3. В какой период менструального цикла вводятся внутриматочные контрацептивы? 1. В любой день цикла с условием исключения беременности * 2.На 3-5 день менструации 3.В 1-й день менструации 4.До овуляции 4. В каком случае женщина, которая выбрала в качестве контрацепции ВМС, должна немедленно обратиться к врачу для ее удаления? 1. При необъяснимом повышении температуры тела * 2. Как только поставит вопрос удаления ВМС 3.Не пришла очередная менструация 4.Приняла решение о беременности 5. Почему при пользовании презервативом не рекомендуется применять смазки на жировой основе (вазелин, крема, жиросодержащие лосьоны)? 1. Снижается барьерный эффект презерватива, возможны разрывы * 2.Возможна травма тканей влагалища 3.Повышается риск беременности 4.Повышается уровень эстриола 6.Какую контрацепцию порекомендовать кормящей женщине? 1. Презерватив * 2.Эстрадиола валерат + диеногест 3.Календарный метод 4.Лактационный метод 7.Для экстренной контрацепции используется: 1. 1,5 мг левоноргестрела* 2.Презерватив 3. 0,075 мг дезогестрела 4.Прерванный половой акт 8.Препарат выбора контрацепции для женщин 47 лет, у которой выявлен аденомиоз матки: 1. ВМС-Мирена* 2.Презерватив 3. Жанин 4.Прерванный половой акт
--	--	--	---

		9. Стерилизация проводится по 1. Желанию женщины* 2. По просьбе партнера 3. По рекомендации врача 4. По достижению возраста 45 лет 10. Лучший метод контрацепции подростков: 1. Отложить начало половых отношений* 2. Презерватив 3. Гестагены 4. Вагинальное кольцо Нова-Ринг (этоногестрел + этинилэстрадиол). Задача № 1. Пациентка, 19 лет. Обратилась в клинику для подбора контрацепции. Интересуют комбинированные гормональные контрацептивы. Раннее их не использовала. Менструальный цикл регулярный. Половая жизнь в течение 3 мес. Беременностей не было. Менструации болезненные. За 7 дней до менструации отмечает раздражительность, повышение аппетита, нагрубание и болезненность молочных желез, отечность. Каким препаратам нужно отдать предпочтение? Правильный ответ: (Дроспиренон + этинилэстрадиол + [кальция левомефолинат]) препарат Джес + Задача № 2. Пациентка, 30 лет, обратилась по поводу подбора контрацепции. Индекс массы тела 34. В анамнезе у матери в 50 лет отмечался тромбофлебит вен правой голени. В анамнезе перенесла гепатит В, ВИЧ-положительная. Периодически использует фермент-индуцирующие препараты. Какие препараты выбрать? Возможны один или несколько вариантов ответа. Правильные ответы: Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система (ВМС-Мирена, ВМС-Кайлина); Медьсодержащая внутриматочная система (Юнона) Задача № 3. Женщина, 24 года. Менструальный цикл регулярный. Нерожавшая, абортов в анамнезе нет. Начала принимать КОК 5 мес назад. В настоящее время отмечает прогрессирование головных болей. До начала применения контрацепции у нее были нечастые головные боли легкой степени тяжести, не сопровождавшиеся другой симптоматикой. За последние 3 мес отмечает регулярные головные боли, их тяжесть
--	--	---

		усилилась. В настоящее время головная боль сопровождается тошнотой и светобоязнью, поэтому пациентка предпочитает находиться в темном тихом месте для облегчения упомянутых симптомов. Наличие ауры отрицает. Что предпринять в этом случае? Правильный ответ: Отменить препарат, подобрать другой метод контрацепции (презерватив) Задача № 4. Женщина, 28 лет, страдающая ожирением, выкуривает 1/4 пачки сигарет (5 сигарет) в день. Один год назад была проведена бариатрическая операция (лапароскопическое бандажирование желудка). В настоящее время ее артериальное давление составляет 144/88 мм рт.ст. При первом посещении участкового врача 3 мес назад ее давление было 138/90 мм рт.ст. Она хочет отсрочить свою фертильность, используя эффективные методы контрацепции. Что предпринять в этом случае? Возможны один или несколько вариантов ответа. Правильные ответы: Внутриматочный контрацептив (ВМС-Мирена), Имплантат под кожу (Импланон НКСТ – этоногестрел (гестаген) Задача № 5. Пациентка, 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на болезненность и напряженность молочных желез, прибавку в массе тела на 5 кг при неизменном питании. Родила здорового мальчика массой 3500 г, ростом 52 см 15 мес назад. Лактация - 9 мес, в течение которых была аменорея, далее менструальная функция восстановилась. После 9 мес лактации стала применять ципротерон + этинилэстрадиол в прерывистом режиме (21-7). Через несколько дней после начала приема препарата у пациентки появились жалобы на усиление болезненности и напряженности молочных желез, прибавку в массе тела на 5 кг при неизменном питании за 2 нед. Данные жалобы беспокоят и по настоящее время. Гинекологический анамнез: менархе в 14 лет, менструации умеренные, безболезненные, регулярные по 5-6 дней через 28 дней, установились сразу. При осмотре: кожные покровы нормальной влажности, тургора, отмечается пастозность голеней, артериальное давление 130/85 мм рт.ст. (ранее
--	--	--

			обычно 100-110/70 мм рт.ст.), частота сердечных сокращений 70 в минуту, температура тела - 36,6 °С. Рост 167 см, масса тела 65 кг. По органам и системам - без патологии. При гинекологическом осмотре: влагалищная часть шейки матки при осмотре в зеркалах цилиндрической формы, не увеличена, обычной окраски, выделения умеренные, слизистые. При бимануальном исследовании матка в правильном положении, эластической консистенции, нормальных размеров. Придатки с обеих сторон не увеличены. Какова тактика в отношении данной пациентки? Правильный ответ: Заменить ципротерон + этинилэстрадиол (Диане 35) на дроспиренон + этинилэстрадиол + [кальция левомефолат] (Ярину + (0,03 мг этинилэстрадиола) или Джес + (0,02 мг этинилэстрадиола)
--	--	--	--

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации (зачету)

Акушерство

1. Уровни регуляции родовой деятельности, причины развития родовой деятельности.
2. Физиологические роды – определение, клиника, фазы I периода родов, течение, ведение.
3. Геморрагический шок – определение, патогенез, стадии, клиника, реанимационные мероприятия.
4. Строение женского таза. Возрастная эволюция и половые различия женского таза. Таз с акушерской точки зрения.
5. Перитонит после операции кесарева сечения – классификация, клинические формы, патогенез, особенности акушерского перитонита, принципы лечения.
6. Методы обследования беременных – диагностика пороков развития плода.
7. Методы обследования беременных – диагностика поздних сроков беременности.
8. Разрывы матки – классификация, современные теории происхождения, влияние на плод и новорожденного. Профилактика, роль женской консультации.
9. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
10. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – определение, причины, патогенез, клиника, тактика врача. Влияние на плод и новорожденного.
11. Преэклампсия – определение, классификация, современные особенности, клинико-диагностические критерии различных форм.
12. Материнская смертность – определение, формула расчета, структура

причин, пути снижения.

13. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания – определение, современные особенности и классификация.
14. Тяжелая преэклампсия – патогенез, клинико-диагностические критерии, тактика, принципы лечения.
15. Слабость родовой деятельности – определение, причины, клиника, современные диагностические критерии, лечение. Влияние на плод и новорожденного.
16. Понятие о перинатальной смертности – формула расчета; непосредственные и основные причины.
17. Предлежание плаценты – определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, тактика врача. Влияние на плод и новорожденного.
18. Физиологические изменения сердечно-сосудистой системы при беременности. Влияние беременности на течение заболеваний.
19. Анатомо-физиологические особенности периода новорожденных. Уход и грудное вскармливание.
20. Беременность и пороки сердца. Принципы диспансерного наблюдения беременных. Противопоказания к вынашиванию беременности. Влияние на плод и новорожденного.
21. Синдром задержки развития плода (СЗРП) – причины, классификация, диагностика, ведение беременности, родоразрешение.
22. Клиника, течение, ведение II периода родов. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
23. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и системе АВ0, факторы «риска», патогенез гемолитической болезни плода.
24. Гемолитическая болезнь плода – определение, стадии, антенатальная диагностика, врачебная тактика, современные методы лечения.
25. Гемолитическая болезнь новорожденного – патогенез, формы, клинικο-диагностические критерии, современные методы лечения.
26. Современные методы пренатальной диагностики пороков развития плода, классификация, врачебная тактика.
27. Операция кесарева сечения (ОКС) – определение. Показания, методы обезболивания. Этапы выполнения ОКС.
28. Недонашивание беременности – определение, причины наступления, клиника, принципы ведения преждевременных родов, осложнения. Влияние на плод и новорожденного.
29. Беременность и роды при сахарном диабете – актуальность, принципы диспансерного наблюдения. Противопоказания к вынашиванию беременности. Влияние на плод.
30. Дистресс плода – причины, современные методы диагностики, тактика. Реанимация новорожденного.
31. Дискоординированная родовая деятельность – определение, причины, патогенез и клиника различных стадий, тактика врача. Влияние на плод и новорожденного.

32. Клиника, течение и ведение III периода родов. Понятие о физиологической и патологической кровопотере.
33. «Критические» периоды эмбриогенеза. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды.
34. Эклампсия – определение, этапы патогенеза, клинико-диагностические критерии, осложнения, акушерская тактика, неотложная помощь. Влияние на плод и новорожденного.
35. Клинически узкий таз – определение, причины, клиника, диагностика, акушерская тактика. Влияние на плод.
36. Классификация послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. Эндомиометрит – определение, этиология, клинико-диагностические особенности различных форм, принципы терапии.
37. Анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных. РДС новорожденных, профилактика, современные методы лечения.
38. Общеравномерносуженный таз – определение, диагностика, биомеханизм родов, особенности их течения.
39. Синдром ДВС – определение, факторы и акушерские причины возникновения, классификация по формам и фазам.
40. Новая коронавирусная инфекция и беременность (COVID-19). Влияние на плод новорожденного.
41. Строение и функции плаценты, механизмы их реализации. Гемодинамическая система плаценты.
42. Тяжелая преэклампсия – определение, современные особенности Тяжелая преэклампсия – определение, современные особенности, клинкодигностические критерии, тактика. Роль антенатального ухода и врача женской консультации в профилактике тяжелой преэклампсии
43. Строение и функции плаценты, механизмы их реализации. Гормональная и иммунологическая функции.
44. Тазовые предлежания плода – определение, классификация, причины, диагностика, врачебная тактика, биомеханизм родов.
45. Проблема внутриутробных инфекций в современном акушерстве.
46. Гипотонические кровотечения – определение, причины, клинические особенности, современный алгоритм остановки кровотечения.
47. Анатомически узкий таз – определение, причины, классификация по формам и степеням сужения, методы диагностики.
48. Поперечносуженный таз – определение, анатомические особенности, особенности биомеханизма родов.
49. Плановые показания к операции кесарева сечения.
50. Кровотечения в раннем послеродовом периоде – классификация, причины. Принципы неотложной помощи.
51. Неотложные показания к операции кесарева сечения.
52. Преждевременные роды – определение, причины наступления, особенности течения и ведения. Анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных.
53. Плод как объект родов. Первый туалет новорожденного. Понятие

зрелости новорожденного. Признаки живорожденности.

54. Умеренная преэклампсия – определение, патогенез, клинико-диагностические критерии, принципы лечения, врачебная тактика. Влияние на плод и новорожденного.

55. Врожденные пороки развития плода – определение, классификация, причины, пренатальные методы диагностики, тактика врача.

56. Дифференциальная диагностика предлежания плаценты и отслойки нормально расположенной плаценты.

57. Клиническая картина угрожающего, начавшегося и совершившегося разрыва матки, тактика врача. Влияние на плод и новорожденного.

58. Реанимация новорожденных. Показания, условия, эффективность.

59. Септический шок – определение, патогенез, клиническая картина, неотложная помощь.

60. Расчет показателей материнской и перинатальной смертности. Структура причин, пути снижения и профилактика.

61. Перенашивание беременности – определение, причины, диагностика, врачебная тактика. Влияние на плод, анатомо-физиологические особенности новорожденных.

62. Акушерский перитонит – определение, классификация, принципы интенсивной терапии.

63. Современные методы антенатальной диагностики гемолитической болезни плода.

64. Послеродовый сепсис – определение, этиология, патогенез, клинико-диагностические критерии, тактика. Принципы интенсивной терапии.

65. Прегравидарная подготовка.

66. Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) – определение, классификация, современные методы диагностики, тактика. Влияние на плод.

67. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке.

68. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Причины, современные методы диагностики, тактика врача.

69. Кесарево сечение в современном акушерстве – определение, показания со стороны плода, противопоказания, условия.

70. Кровотечения в послеродовом периоде – причины, алгоритм диагностических мероприятий и остановки кровотечения.

71. Нарушение выделения последа – причины, механизм и алгоритм остановки кровотечения.

72. Нарушение отделения плаценты – клиника, формы патологии, причины, алгоритм остановки кровотечения.

73. Многоплодная беременность – определение, классификация, диагностика, особенности течения беременности и родов, врачебная тактика. Влияние на плод и новорожденного.

74. Принципы интенсивной терапии тяжелой преэклампсии, эклампсии. Неотложная доврачебная и врачебная помощь.

75. Скрининговые программы антенатального ухода для выявления

управляемых перинатальных инфекций (бессимптомная бактериурия, ВИЧ/СПИД, реакция Вассермана, туберкулез, офтальмобленнорея, вирусные гепатиты).

76. Скрининговые программы антенатального ухода для оценки состояния плода.

77. Скрининговые программы антенатального ухода для оценки состояния беременной.

78. Скрининговые программы антенатального ухода для выявления сахарного (гестационного) диабета.

Гинекология

1. Предраковые заболевания шейки матки (CIN I-III) – морфологическая характеристика, современные методы диагностики и лечения.

2. Предменструальный климактерический, посткастрационный синдромы – определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3. Гормонопродуцирующие опухоли яичников – классификация, особенности клиники в возрастном аспекте, современные методы диагностики и лечения.

4. Злокачественные опухоли яичников – классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

5. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) – определение, клиника, современные методы диагностики и консервативного лечения.

6. Внематочная беременность прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы – клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

7. Гинекологический перитонит – определение, причины возникновения, клиникодиагностические критерии, принципы лечения.

8. Аномальные маточные кровотечения (функциональные): определение, характер гипоталамо-гипофизарных нарушений, особенности клиники, диагностика, принципы лечения.

9. Эндометрит – определение, этиология, клинико-диагностические критерии, лечение.

10. Трофобластическая болезнь: пузырный занос – определение, классификация, морфологическая характеристика, клинико-диагностические критерии, современные методы лечения.

11. Климактерический синдром. Диагностика. Менопаузальная гормональная терапия (МГТ)

12. Современные теории патогенеза миомы матки; классификация, клинические особенности, современные методы диагностики; консервативное и оперативное лечение.

13. Гиперпролактинемия – причины, патогенез, клиника, современные методы диагностики и лечения.

14. Доброкачественные опухоли яичников – классификация, морфологическая характеристика, клиника, современные методы диагностики и лечения.

15. Синдром Шихана – определение, патогенез, характер гормональных

нарушений, клиника, диагностика, принципы лечения.

16. Адено-генитальный синдром – определение, патогенез, классификация, особенности клиники, диагностика, лечение.

17. Доброкачественные заболевания шейки матки – эрозия, лейкоплакия, эктропион – определение, морфологическая характеристика, современные методы диагностики и лечения.

18. Септический шок – определение, причины, современные представления о патогенезе, клиника, принципы неотложной помощи.

19. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – определение, теории возникновения, классификация, клиника, диагностика, лечение.

20. Восходящая гонорея – определение, характеристика, классификация, клиникодиагностические критерии, лечение.

21. Бесплодие в браке – медико-социальная значимость проблемы. Причины. Алгоритм ведения пары. Решение вопроса при длительном отсутствии беременности.

22. Трофобластическая болезнь – хорионэпителиома: определение, морфологическая характеристика, клиника, современные методы диагностики и лечения.

23. Доброкачественные гормонопродуцирующие опухоли яичников – классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.

24. Туберкулез женских половых органов – патогенез, классификация, особенности клиники, современные методы диагностики и лечения, профилактика.

25. Инфекции передающиеся половым путем (ИППП) – генитальный герпес, хламидиоз – характеристики возбудителя, клиника, современные методы диагностики и лечения.

26. Менструальный цикл и его регуляция. Циклические изменения в гипоталамусе, гипофизе, яичниках, матке.

27. Аменорея – классификация, причины, патогенез, современные методы диагностики и лечения.

28. Пропалс гениталий. Недержание мочи: формы, причины, диагностика. Тактика ведения. Профилактика. Группы риска.

29. Эндометриоз – определение, морфологические особенности, теории возникновения, классификация, особенности клиники различных форм.

30. Апоплексия яичника – определение, причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.

31. Дисгенезия гонад – определение, классификация, особенности клиники, диагностика, принципы лечения.

32. Нормогонадотропная аменорея – определение, причины, клиника, диагностика, лечение.

33. Эндометриозидные кисты яичников, ретроцервикальный эндометриоз – особенности клиники, современные методы диагностики и лечения.

34. Синдром истощения яичников, синдром резистентных яичников – определение, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

35. Преждевременное половое созревание – определение, классификация,

причины, особенности клиники, диагностика, лечение.

36. Гиперпластические процессы эндометрия – определение, классификация, клинические проявления, современные методы диагностики и в возрастном аспекте.

37. Задержка полового развития – определение, классификация, причины, особенности клиники, диагностика, лечение.

38. Рак шейки матки – классификация, клиника, диагностика, современные методы лечения.

39. Особенности течения воспалительных заболеваний в различные периоды жизни женщины (детский, репродуктивный, климактерический).

40. Рак эндометрия – классификация, ранние проявления, клиника, современные методы диагностики и лечения.

41. Герминогенные опухоли яичников – тератобластома, зрелая тератома – морфологическая характеристика, клиника, современные методы диагностики и лечения.

42. Рак яичников – классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.

43. Аномальные маточные кровотечения (АМК) негравидарного типа (PALM-COEJN), диагностика и тактика ведения в зависимости от причины. Проблемы АМК: постгеморрагическая хроническая железодефицитная анемия.

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации (кандидатскому экзамену)

1. Организация и структура акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации.
2. Современное учение об оплодотворении и развитии плодного яйца.
3. Строение и основные функции плаценты, плодных оболочек и пуповины, околоплодные воды.
4. Влияние на эмбрион и плод повреждающих факторов внешней среды.
5. Изменения в организме женщины во время беременности и методы обследования беременных. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.
6. Определение срока беременности и времени предоставления родового отпуска (30 недель). Определение срока родов.
7. Перинатология как наука.
8. Современные методы исследования плода. Методы изучения функции плаценты.
9. Гигиена и питание беременных.
10. Особенности санитарно-гигиенического режима акушерского стационара.
11. Изменения в нервной, эндокринной, гуморальной и других системах организма, во время беременности и родов.
12. Причины наступления родов.

13. Понятие о готовности организма к родам.
14. Периоды родов. Продолжительность родов. Современные методы регистрации родовой деятельности. Теории механизма родов.
15. Механизм родов при головных и тазовых предлежаниях.
16. Современные методы оценки состояния плода во время родов.
17. Ведение родов. Современные методы обезболивания родов.
18. Физиология последового периода и принципы его ведения.
19. Изменения в организме роженицы (инволюция матки, лохии, состояние молочных желез). Клиника послеродового периода. Лактация. Особенности санитарно-гигиенического режима в послеродовом отделении. Ведение родильниц в послеродовом периоде.
20. Первый туалет новорожденного. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.
21. Многоплодная беременность. Диагностика. Особенности течения беременности и родов. Ведение родов, в зависимости от данных УЗИ (моно-би-амниотическая, бихориальная).
22. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения, диагностика.
Особенности течения родов. Биомеханизм родов. Ручные пособия при тазовом предлежании. Показания к операции кесарева сечения.
23. Гестозы. Современные представления об этиологии, патогенезе гестозов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
24. Ранние токсикозы беременных: слюнотечение, рвота. Клиника, диагностика и лечение. отеки, гестоз (легкой, средней и тяжелой степени).
25. Принципы лечения эклампсии. HELLP – синдром.
26. Внутриутробные инфекции. Диагностика, лечение, профилактика.
27. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность (пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипотония).
28. Пиелонефрит и беременность.
29. «Острый живот» у беременных.
30. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Современные методы диагностики и лечения гемолитической болезни плода.
31. Гемолитическая болезнь новорожденных, диагностика, лечение, профилактика.
32. Плацентарная недостаточность и методы ее диагностики и лечения.
33. Перинатальный (анте-, интра-, постнатальный) период. Перинатальная заболеваемость и смертность. Стратегия риска в современном акушерстве и перинатологии.
34. Методы искусственного аборта ранних сроков. Медицинские показания к прерыванию беременности. Противопоказания к производству аборта. Осложнения и их профилактика.

35. Медицинские показания и методы прерывания беременности поздних сроков.
36. Внебольничный (инфицированный) аборт. Классификация, клиника, терапия. Оказание экстренной помощи. Инфекционно-токсический шок.
37. Планирование семьи. Контрацепция.
38. Пузырный занос, классификация. Хорионэпителиома. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
39. Самопроизвольный выкидыш. Классификация, этиология, патогенез, профилактика, лечение. Привычное невынашивание беременности.
40. Преждевременные роды. Этиология. Течение преждевременных родов, их ведение.
41. Перенашивание беременности. Этиология, патогенез. Течение беременности и родов при перенашивании. Влияние перенашивания на плод.
42. Врожденные пороки развития плода. Пренатальные методы исследования (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, рентгенография, эхография).
43. Аномалии родовой деятельности. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и терапия. Профилактика аномалий родовой деятельности.
44. Анатомически и клинически узкий таз. Этиология. Классификация. Диагностика
Течения беременности и родов.
45. Разгибательные предлежания головки. Классификация, диагностика, прогноз. Течение и ведение родов.
46. Предлежание плаценты. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностика. Течение беременности и родов. Тактика врача при различных формах предлежания плаценты.
47. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, ведение беременности и родов, показания к кесареву сечению.
48. Эмболия околоплодными водами. Патогенез, клиника, диагностика и терапия.
49. Аномалии прикрепления плаценты. Диагностика и терапия.
50. Гипо- и атоническое состояние матки. Геморрагический шок. Принципы лечения.
51. Разрывы матки. Этиология. Механизм возникновения и классификация. Диагностика. Лечение и профилактика.
52. Ведение беременности и родов при наличии рубца на матке после ранее перенесенного кесарева сечения и других операций на матке.
53. Послеродовые инфекционные осложнения. Классификация. Современные методы диагностики и терапии послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний.

54. Санитарно-эпидемиологический режим родовспомогательных учреждений.
55. Асфиксия новорожденных и принципы терапии в зависимости от тяжести состояния.
56. Родовая травма новорожденных.
57. Воспаление молочных желез (мастит). Лактостаз. Гипогалактия. Этиология. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
58. Акушерские щипцы (полостные и выходные), вакуум-экстракция плода. Извлечение плода за тазовый конец.
59. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания, условия, обезболивание, техника, осложнения.
60. Плодоразрушающие операции. Показания, условия, техника и исходы операций. Место плодоразрушающих операций в современном акушерстве.
61. Основные качественные показатели родовспомогательных учреждений (материнская смертность, перинатальная заболеваемость и смертность.).
62. Клинико-физиологические особенности репродуктивной системы женщины. Менструальный цикл и его нейроэндокринная регуляция.
63. Гинекологические заболевания в препубертатном и пубертатном возрасте.
64. Физиология и патология перименопаузального периода. Климактерический синдром. Заместительная гормонотерапия.
65. Воспалительные заболевания женских половых органов. Классификация. Этиология и патогенез. Эндометрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
66. Гонорея. Этиология. Формы. Клиника, диагностика, методы провокации. Лечение. Критерии излеченности. Профилактика.
67. Хламидиоз. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика.
68. Кандидомикоз половых органов.
69. Роль микоплазм, хламидий, вирусов, анаэробных микроорганизмов в возникновении воспалительных заболеваний женских половых органов.
70. Бактериальный вагиноз.
71. Туберкулез женских половых органов. Патогенез, классификация, клиника. Диагностика, профилактика, терапия.
72. Физиотерапевтические методы лечения, санаторно-курортное лечение гинекологических больных. Показания и противопоказания.
73. Дисфункциональные маточные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
74. Аменорея. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
75. Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии (климактерический, посткастрационный, нейрообменно-эндокринный,

- предменструальный, гипоменструальный, вирильный, поликистозных яичников).
76. Доброкачественные заболевания шейки матки. Роль вирусов в возникновении фоновых, предраковых заболеваний и рака матки.
 77. Предрак шейки матки. Классификация, клиника, диагностика и лечение предрака и рака шейки матки. Диагностическая ценность кольпоскопического, цитологического, патоморфологического методов исследования, деструктивных методов лечения.
 78. Миома матки. Патогенез, клиника, диагностика, консервативные и хирургические методы лечения лейомиомы матки.
 79. Эндометриоз. Теории возникновения эндометриоза. Классификация. Клиника генитального эндометриоза (эндометриоз тела и шейки матки, маточных труб, яичников, позадишеечный). Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза.
 80. Опухолевидные образования яичников. Этиология, диагностика, лечебная тактика.
 81. Опухоли яичников. Гистологическая классификация, клиника, диагностика, лечение.
 82. Рак яичников (первичный, вторичный, метастатический), стадии распространения, диагностика, лечение.
 83. Гиперпластические процессы эндометрия. Методы лечения гиперпластических процессов эндометрия в возрастном аспекте.
 84. Рак эндометрия. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
 85. Трофобластическая болезнь. Клиника. Методы диагностики и лечения.
 86. Пороки развития половых органов, инфантилизм, дисгенезия гонад (клинические проявления, диагностика, методы коррекции).
 87. Неправильные положения половых органов. Классификация и характеристика аномалий положения половых органов женщины. Причины возникновения. Диагностика и лечение (консервативное и оперативное).
 88. Бесплодный брак. Женское бесплодие. Причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика.
 89. Методика обследования бесплодной супружеской пары. Методы вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, перенос эмбриона).
 90. Методы контрацепции.
 91. Роль гистероскопии и лапароскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.
 92. Топографическая анатомия органов малого таза.
 93. Эктопическая беременность. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
 94. «Острый» живот в гинекологии. Дифференциальный диагноз. Методы оказания неотложной помощи.

95. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение гинекологических больных.
96. Мастопатия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

Описание критериев и шкал оценивания

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации **в форме кандидатского экзамена** обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется аспиранту, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации.

Оценка «хорошо» – выставляется аспиранту, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется аспиранту, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, в том числе при помощи наводящих вопросов преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется аспиранту, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации **в форме зачета** обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется аспиранту, если он продемонстрировал знания программного материала, подробно ответил на

теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется аспиранту, если он имеет пробелы в знаниях программного материала, не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Таблица 5

№№	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество изданий
1	Акушерство : национальное руководство / ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский; Российское общество акушеров-гинекологов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1080 с. – (Национальные руководства).	1 экз.
2	Гинекология : национальное руководство / ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский, И. Б. Манухин. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. - (Национальные руководства).	1 экз.
3	Гинекология: нац. руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.: ил. – (Национальные руководства).	1 экз.
4	Акушерство: учебник для студ. мед. вузов / Г.М. Савельева, Р.И.Шалина, Л.Г.Сичинава и др. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 576 с.: ил.	50 экз.
5	Айламазян, Э. К. Акушерство: учеб. для мед. вузов / Э.К. Айламазян – 6-е изд., испр. и доп. – СПб : Спецлит, 2007. –	32 экз.

	528 с. : 4 л. цв. ил.	
6	Акушерство: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М.Фукса. – М.: ГЭОТАР, 2016. – 1040 с.: ил.	2 экз.
7	Гинекология / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.:ГЭОТАР, 2014. – 432 с.	4 экз.
8	Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 432 с. : ил.	41 экз.
9	Кулаков, В. И. Гинекология : учебник для студ. мед. вузов / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, А. С. Гаспаров. - М. : ООО "Медицинское информационное агенство", 2006. - 616 с. : ил.	40 экз.
10	Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 432 с. : ил.	10 экз.
11	Дуда, В.И. Гинекология : учеб. для студ., ординаторов и аспирантов высш. мед. учеб. заведений, слушателей курсов последиплом. Образования / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда. - 2-е изд., стереотип. - М.- Минск : АСТ-ХАРВЕСТ, 2008. - 895 с. : ил., табл. 1	1 экз.
12	Маммология : национальное руководство / ред. А. Д. Каприн, Н. И. Рожкова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с.	1 экз.
13	Онкогинекология : национальное руководство / ред. А. Д. Каприн, Л. А. Ашрафян, И. С. Стилиди. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 384 с. : ил.	1 экз.
14	Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко; ред. А. И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. : ил.	20 экз.
15	Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухах, В.Н.Прилепской, В.Е.Радзинского. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Амедиа, 2018. – 1136 с.	1 экз.
16	Уилкинсон, Э. Дж. Заболевания вульвы. Клиническое руководство : пер с англ. / Э. Дж. Уилкинсон, И. К. Стоун. – Москва : Изд-во БИНОМ, 2009. – 248 с.; ил.	1 экз.
17	Радзинский, В. Е. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Радзинского В. Е. , Костина И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 736 с. -	Электрон ный документ

	ISBN 978-5-9704-6029-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460290.html	
18	Радзинский В.Е., Гинекология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 552 с. - ISBN 978-5-9704-2407-0 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424070.html	Электронный документ
19	Радзинский, В. Е. Гинекология : учебник / под ред. Радзинского В. Е. , Фукса А. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с. - ISBN 978-5-9704-4413-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444139.html	Электронный документ
20	Айламазян, Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 10-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-6698-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466988.html	Электронный документ
21	Баисова Б.И., Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2254-0 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970422540.html	Электронный документ
22	Савельева, Г. М. Акушерство : учебник / Савельева Г. М. , Шалина Р. И. , Сичинава Л. Г. , Панина О. Б. , Курцер М. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5324-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453247.html	Электронный документ
23	Баисова, Б. И. Гинекология: учебник / под ред. Савельевой Г. М. , Бреусенко В. Г. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-2994-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429945.html	Электронный документ
24	Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом : учебное пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко ; под ред. А. И. Ищенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-6516-5. - Текст :	Электронный документ

	электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465165.html	
25	Капительный, В.А. Методические рекомендации по практическим навыкам и умениям в акушерстве и гинекологии: учеб. пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко; под ред. А. И. Ищенко. - 2-е изд., испр. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4725-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447253.html	Электронный документ

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Электронный каталог WEB-OPAC библиотеки ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России <http://library.lgmu.ru/unilib/>
 ЭБС «Консультант студента» <http://www.studentlibrary.ru>
 Научная электронная библиотека (НЭБ) eLIBRARY <http://elibrary.ru>
 Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
 Федеральная электронная медицинская библиотека <https://femb.ru/>

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

<https://minzdrav.gov.ru/> - Министерство здравоохранения Российской Федерации
<http://www.who.int/ru/> — Всемирная Организация Здравоохранения
<https://www.rusmedserv.com/> - Русский медицинский сервер
<http://нэб.рф/> - Национальная Электронная Библиотека
www.rsl.ru - Российская государственная библиотека (РГБ)
www.iramn.ru - Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> - База данных мировых медицинских журналов MEDLINE®/PubMed
<http://www.doaj.org/> - Directory of Open Access Journals: полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии.
<http://freemedicaljournals.com> - Медицинские журналы в свободном доступе.
<http://www.freebooks4doctors.com> — Медицинские книги в свободном доступе.
<https://www.biomedcentral.com/> BioMed Central Журналы издательства BioMed Central

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебные комнаты клинической базы кафедры (5 комнат, 1 лекционный зал) На базе ГУ «Луганский перинатальный центр» ЛНР (гинекологическое, акушерские отделения, отделение патологии беременных, детские отделения, отделение интенсивной терапии и реанимации).	Набор инструментов для приема родов, для малых гинекологических операций, Симулятор для приема родов Noella, фантомы (акушерский таз, куклы, тазомеры, сантиметровая лента, шейки матки), муляжи маток и яичников (нормальные, с патологиями), формы документации, компьютер, ноутбук, видеопроектор, принтер.
2	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Компьютерная техника с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки.

Программное обеспечение, используемое при изучении дисциплины

1. «Ассистент»
2. MOODLE

9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральными государственными требованиями.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и практического/семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на разделы:

Раздел 1. Система и политика здравоохранения в Российской Федерации. Вопросы общей медицины.

Раздел 2. Общие вопросы акушерства и гинекологии.

Раздел 3. Нормальная беременность и роды.

Раздел 4. Неонатология физиологическая.

Раздел 5. Патологическое акушерство.

Раздел 6. Проблемы неонатологии.

Раздел 7. Гинекология.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение литературы, её конспектирование, подготовку к семинарским (практическим) занятиям, текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком

организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральными государственными требованиями.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям) – вопросы для обсуждения и др.;
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);
- вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения. Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить литературу, список которой приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины.

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.