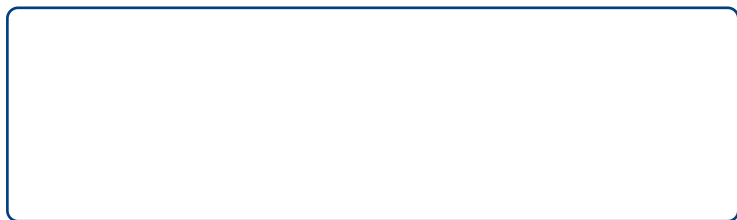


Автономная некоммерческая организация высшего образования «Научно-клинический центр имени Башларова»



Утверждаю
Проректор по учебно-методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«1» июня 2026 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б1.О.01 Акушерство и гинекология
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.01 Акушерство и гинекология
Квалификация	Врач – акушер-гинеколог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2026

Оценочные средства для текущего контроля успеваемости по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Организация акушерско-гинекологической помощи.	1. Общие принципы организации акушерско-гинекологической помощи.
2	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Акушерство	2. Основные методы обследования в акушерстве. 3. Предгравидарная подготовка. 4. Физиология беременности. 5. Физиология родов 6. Физиология послеродового периода 7. Патология беременности 8. Патология родов 9. Патология послеродового периода. 10. Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод. 11. Акушерские щипцы, вакуум экстракция плода. 12. Оперативное акушерство. Кесарево сечение.

			13. Кровотечения во время беременности и родов 14. Шок и терминальные состояния. 15. Акушерский травматизм.
3	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8	Гинекология	16. Современные методы диагностики в гинекологической практике. 17. Гинекологическая эндокринология. 18. Воспалительные заболевания женских половых органов. 19. Эндометриоз. 20. Миома матки. 21. Гиперпластические и дистрофические процессы половых органов. 22. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. 23. Планирование семьи. 24. Оперативная гинекология. 25. Онкогинекология. 26. Неотложные состояния в гинекологии.

Тестовые задания текущего контроля

Раздел 1: .Организация акушерско-гинекологической помощи *Выберите один или несколько правильных ответов*

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Анализ гинекологической помощи должен содержать информацию о
- 1) выполненных исследованиях;
 - 2) выявленных гинекологических заболеваниях (совокупно и по нозологиям);
 - 3) выявленных случаях гонореи, сифилиса, ВИЧ инфекции и др;
 - 4) используемых препаратов в лечении гинекологических заболеваний.

Ответ: 1, 2, 3

2. Беременная женщина с преждевременными родами, включая родовое излитие околоплодных вод, может быть направлена в акушерский стационар второй группы

- 1) даже при наличии возможности направления в акушерский стационар третьей группы;
- 2) при наличии возможности в акушерском стационаре оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме;
- 3) при отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы;
- 4) при сроке беременности 33 — 36 недель;
- 5) при сроке беременности менее 32 недель.

Ответ: 2, 3, 4

3. Беременных женщин направляют в акушерские стационары первой группы, при условии

- 1) неосложненной многоплодной беременности;
- 2) отсутствия в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;
- 3) отсутствия специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности;
- 4) отсутствия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины;
- 5) соматического состояния женщины, не требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний. Ответ: 2, 3, 4, 5

4. В зависимости от степени риска возникновения осложнений листы маршрутизации позволяют предоставить для беременных женщин, рожениц и родильниц

- 1) дифференцированный объем лечения;
- 2) дифференцированный объем медицинского обследования;
- 3) обследования на наследственные заболевания у новорожденных;
- 4) организацию питания женщин.

Ответ: 1, 2

5. В компетенцию женских консультаций входит

- 1) выполнение малых гинекологических операций;
- 2) осуществление оперативного родоразрешения;
- 3) осуществление прерывания беременности в ранние сроки;
- 4) осуществление прерывания беременности на поздних сроках.

Ответ: 1, 3

6. В сфере оказания медицинской помощи важными являются следующие аспекты

- 1) доступность и качество медицинской помощи;
- 2) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 4) снижение роли профилактики в сфере охраны здоровья;
- 5) соблюдение врачебной тайны.

Ответ: 1, 2, 3, 5

7. В сферу деятельности женской консультации входит проведение мероприятий в области 1) информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни;

- 2) профилактики абортов;
- 3) профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ — инфекции;
- 4) профилактики инфекций, передаваемых трансмиссивно;
- 5) сохранения репродуктивного здоровья женщин. Ответ: 1, 2, 3, 5

8. Важное место в развитии здравоохранения отводят приоритетному национальному проекту «Здоровье». Основные направления проекта

- 1) повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи;
- 2) повышение доступности лекарственного обеспечения населения;
- 3) развитие первичной медицинской помощи;

4) развитие профилактического направления медицинской помощи, пропаганда здорового образа жизни.

Ответ: 1, 2, 3

9. Высокотехнологичная медицинская помощь

1) выполняется с использованием сложных и/или уникальных медицинских технологий;

2) комплекс высокоспециализированных лечебных и диагностических медицинских мероприятий;

3) полное или частичное возмещение затрат на лечение осуществляют за счёт средств федерального бюджета;

4) проводится в условиях дневного стационара; 5) проводится в условиях стационара.

Ответ: 1, 2, 3, 5

10. Высокотехнологичную (дорогостоящую) акушерскую и гинекологическую медицинскую помощь осуществляют в

1) в областной, краевой, республиканской, окружной больнице;

2) в перинатальном центре;

3) в центрах медицины катастроф;

4) федеральных специализированных медицинских учреждениях.

Ответ: 4

11. Двухсменный режим работы дневного стационара позволяет осуществлять

1) комплексные профилактические и оздоровительные мероприятия женщинам из групп риска повышенной заболеваемости;

2) оперативное лечение больных с сочетанной патологией;

3) осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных;

4) подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания; 5) сложные диагностические исследования и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий. Ответ: 1, 3, 4, 5

12. Порядок организации деятельности родильного дома (отделения) регламентирована Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"

(Зарегистрировано в Минюсте

России 12.11.2020 N 60869) В нём утверждены

1) структура родильного дома (отделения);

2) функции родильного дома;

3) рекомендуемые штатные нормативы родильного дома (отделения).

Ответ: 1, 2, 3

13. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы

1) высших и средних медицинских образовательных учреждений;
2) научных учреждений;
3) учреждений дополнительного медицинского образования; 4) учреждений фармацевтического образования. Ответ: 1, 2, 3

14. Женская консультация осуществляет анализ показателей

- 1) качества медицинской помощи;
- 2) работы женской консультации;
- 3) рождаемости и смертности;
- 4) эффективности медицинской помощи. Ответ: 1, 2, 4

15. Женская консультация осуществляет следующие функции

- 1) диспансерное наблюдение беременных;
 - 2) консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортот; 3) обеспечения детей, беременных женщин и кормящих матерей продуктами питания;
 - 4) обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;
 - 5) организация и проведение профилактических осмотров женского населения.
- Ответ: 1, 2, 4, 5

16. Заболевания органов зрения, требующие направления беременных женщин в акушерские стационары третьей А группы

- 1) глаукома;
- 2) миопия I и II степени;
- 3) миопия высокой степени с изменениями на глазном дне; 4) отслойка сетчатки в анамнезе.

Ответ: 1, 3, 4

17. Задачи муниципальных организаций акушерско-гинекологической службы 1) ведут статистический учёт, представляют и публикуют статистическую отчётность по службе;

- 2) разрабатывают план мероприятий, обеспечивающий выполнение программы государственных гарантий с учётом местных условий;
- 3) разрабатывают план развития службы и целевые программы, которые согласуют со стратегическими планами субъекта РФ;
- 4) формируют планы муниципальных учреждений;
- 5) формируют планы направлений в специализированных центрах и лечебнопрофилактических учреждениях федерального уровня. Ответ: 2, 3, 4, 5

18. Задачи организаций акушерско-гинекологической службы федерального уровня 1) вносят перечень видов акушерско-гинекологической помощи в программу государственных гарантий;

- 2) обеспечивают повышение квалификации кадрового состава лечебно-профилактических учреждений;

3) определяют стратегические задачи службы и планы по их реализации, прогнозируют развитие службы;

4) осуществляют методическое руководство профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной профильной помощью населению;

5) утверждают единые для страны методологии планирования и нормирования путём разработки нормативно-правовых актов, отраслевых стандартов, номенклатуры специальностей, типовых категорий учреждений. Ответ: 1, 3, 4, 5

19. Задачи региональных организаций акушерско-гинекологической службы

1) определяют объём профильной помощи в территориальной программе государственных гарантий и обеспечивают её реализацию;

2) отвечают за техническое обеспечение медицинских учреждений;

3) разрабатывают стратегические планы развития акушерско-гинекологической службы и соответствующие целевые программы;

4) согласовывают стратегические и текущие планы по профильной службе муниципальных образований;

5) утверждают планы медицинских учреждений, находящихся в собственности субъектов РФ.

Ответ: 1, 3, 4, 5

20. Значение системы охраны материнства и детства обусловлено ее огромной ролью в

1) решении демографических проблем;

2) снижении материнской и младенческой смертности; 3) снижении средних показателей возраста рожениц; 4) сохранении репродуктивного здоровья женщин. Ответ: 1, 3, 4

21. К специфическим осложнениям гестационного процесса относятся

1) задержка внутриутробного роста плода;

2) наследственная коагулопатия;

3) отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

4) преждевременные роды. Ответ: 1, 3, 4

22. К третьей А группе акушерских стационаров относятся

1) акушерские стационары федеральных медицинских организаций;

2) акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога;

3) акушерские стационары, имеющие в своей структуре акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

4) акушерские стационары, имеющие в своей структуре отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Ответ: 3, 4

23. Ко второй группе акушерских стационаров относятся

1) акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

2) акушерские стационары, имеющие в своей структуре отделение патологии новорожденных и недоношенных детей;

3) акушерские стационары, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;

4) межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Ответ: 3, 4

24. Конкретные задачи в отношении акушерско-гинекологической службы решают

1) Департамент анализа и прогноза развития здравоохранения и социальнотрудовой сферы; 2) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

3) Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи; 4) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; 5) Фонд президентских грантов. Ответ: 1, 2, 3, 4

25. Объём медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара женской консультации, как правило, включает

1) восстановительное лечение;

2) лабораторно-диагностическое обследование; 3) медикаментозную терапию; 4) физиотерапевтическое лечение.

Ответ: 1, 2, 3

26. Основными принципами охраны здоровья в Российской Федерации являются 1) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

2) приоритет интересов страховых компаний при оказании медицинской помощи;

3) приоритет охраны здоровья детей;

4) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

5) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья. Ответ: 1, 3, 4, 5

27. Оценку качества оказания медицинской помощи на любом уровне проводят на основании 1) лечебно-диагностических возможностей лечебного учреждения;

2) общих показателей медицинской помощи по основным направлениям деятельности учреждения;

3) отзывов на интернет-ресурсах и СМИ;

4) удовлетворённости оказанными медицинскими услугами пациенток. Ответ: 1, 2, 4

28. Специализированная акушерская и гинекологическая помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов РФ

1) в центрах медицины катастроф;

2) диспансер;

3) областная, краевая, республиканская, окружная больница;

4) специализированная больница, госпиталь, перинатальный центр. Ответ: 2, 3, 4

29. Руководство женской консультацией, созданной как самостоятельное лечебнопрофилактическое учреждение, осуществляет

- 1) главный врач;
- 2) заведующий ЛПУ; 3) заведующий отделением; 4) окружной акушер-гинеколог.

Ответ: 1

30. Скорая акушерско-гинекологическая помощь (санитарно-авиационная) может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов РФ

- 1) в областной, краевой, республиканской, окружной больнице;
- 2) в перинатальном центре; 3) в специализированной больнице; 4) в центрах медицины катастроф. Ответ: 1, 2, 4

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Беременная поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота. При ультразвуковом исследовании выявлено: плод в головном предлежании, размеры его соответствуют 20недельному сроку беременности. Головка плода расположена очень низко. Плацента расположена на задней стенке матки, I степени зрелости, 2,1 см толщиной. Околоплодных вод умеренное количество. Отмечается участок сокращенного миометрия передней стенки матки. Сердцебиение определяется. ДИАГНОЗ. План организации акушерской помощи.

Эталон ответа.

Угроза прерывания беременности. Есть участок гипертонуса матки. Госпитализация и терапия, направленная на сохранение беременности (токолитики, спазмолитики). Профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного (дексаметазон по 12 мкг- через 12 ч еще столько же)

Ситуационная задача №2

Беременная 26 лет. Беременность 35 нед. В анамнезе 1 кесарево сечение без осложнений. Головка плода в правом подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Диагноз? Организация акушерской помощи. **Эталон ответа**

Диагноз. Беременность 35 нед. Косое положение плода. Пролонгирование беременности. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.

Ситуационная задача №3

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

Предполагаемый диагноз. План гинекологической помощи данной пациентке.

Эталон ответа: Эрозия шейки матки. Необходимо выполнить кольпоскопию, с последующим взятием биопсии измененного участка.

Ситуационная задача №4

Больная 30 лет, жалуется на бесплодие (в браке 6 лет). Менструации регулярные с 14 лет, муж обследован - здоров. При гистеросальпингографии - маточные трубы проходимы. Возможные причины бесплодия. План гинекологической помощи.

Эталон ответа: Эндометриоз, ановуляция, иммунологическое бесплодие. Проба Шуварского-Хунера, измерение базальной температуры, лапароскопическое исследование.

Ситуационная задача №5

Больная 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. **Эталон ответа:** внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Произвести пункцию Дугласова пространства. Оперативное лечение.

Раздел 2: Акушерство Выберите один или несколько правильных ответов Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Во 2 м периоде родов сердцебиение плода контролируется:

1. После каждой потуги
2. Через каждые 15 минут
3. Через каждые 10 минут
4. Через каждые 5 минут

Правильный ответ: 1

2. Объективным признаком развившейся регулярной родовой деятельности является:

1. Излитие вод
2. Нарастающие боли в животе
3. Увеличивающаяся частота схваток
4. Укорочение и раскрытие шейки матки
5. Боли в надлобковой и поясничной областях

Правильный ответ: 4

3. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1. Спинки
2. Головки
3. Мелких частей
4. Тазового конца

Правильный ответ: 2

4. Предлежание плода. это отношение:

1. Головки плода ко входу в таз
2. Тазового конца плода ко входу в малый таз

3. Наиболее низколежащей части плода ко входу в таз
4. Головки плода ко дну матки Правильный ответ: 3

5. При развивающейся беременности не происходит:

1. Увеличения размеров матки
2. Размягчения ее
3. Изменения реакции на пальпацию
4. Уплотнения матки
5. Изменения ее формы Правильный ответ: 4

6. Достоверным признаком беременности является:

1. Отсутствие менструации
2. Увеличение размеров матки
3. Диспепсические нарушения
4. Наличие плода в матке 5. Увеличение живота Правильный ответ: 4

7. Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:

1. Высокое расположение дна матки
2. Баллотирующая часть в дне матки
3. Сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка
4. Баллотирующая часть над входом в малый таз
5. Высокое расположение предлежащей части Правильный ответ: 4

8. Для оценки состояния плода применяется:

1. Аускультация
2. Кардиотокография
3. Ультразвуковое исследование
4. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: 4

9. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

1. Максимального сгибания
2. Умеренного сгибания
3. Умеренного разгибания
4. Максимального разгибания Правильный ответ: 2

10. Вид плода - это отношение:

1. Спинки плода к сагиттальной плоскости
2. Головки плода к плоскости входа в малый таз
3. Спинки плода к передней и задней стенкам матки
4. Оси плода к продольной оси матки Правильный ответ: 3

11. Дiskoординированная родовая деятельность характеризуется:

1. Нерегулярными схватками
2. Схватками различной интенсивности

3. Болезненными схватками
4. Плохой динамикой раскрытия шейки матки
5. Всем вышеперечисленным Правильный ответ: 5

12. Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:

1. Несвоевременное отхождение вод
2. Слабость родовой деятельности
3. Травматические повреждения плода
4. Выпадение пуповины 5. Выпадение ножки

Правильный ответ: 3

13. Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

1. Положительный признак Вастена
2. Задержка мочеиспускания
3. Отек шейки матки и наружных половых органов
4. Отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
5. Все вышеперечисленное Правильный ответ: 5

14. Указать причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности и в родах:

1. преэклампсия
2. заболевания почек
3. экстрагенитальная патология
4. заболевания сосудистой системы
5. многоводие, многоплодие
6. травма
7. короткая пуповина
8. Все перечисленное Правильный ответ: 8

15. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

1. Наличие регулярных схваток
2. Болезненные схватки
3. Недостаточное продвижение предлежащей части
4. Недостаточная динамика раскрытия шейки матки
5. Запоздалое излитие околоплодных вод

Правильный ответ: 4

16. Указать основные клинические симптомы отслойки нормально расположенной плаценты:

1. Гипотензия, тахикардия
2. Болезненность матки
3. Гипертонус матки
4. Внутриутробная асфиксия плода
5. Кровотечение

6. Отсутствие кровотечения
 7. Гипертензия, тахикардия
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

17. С какой акушерской патологией следует дифференцировать отслойку нормально расположенной плаценты?

1. Разрыв матки
 2. Предлежание плаценты
 3. Прободная язва желудка
 4. Перфоративный холецистит
- Правильный ответ: 1, 2

18. Условия для операции наложения акушерских щипцов, кроме:

1. Полное раскрытие шейки матки
 2. Отсутствие плодного пузыря
 3. Головка плода в выходе малого таза
 4. Мертвый плод
 5. Головка плода в узкой части малого таза
- Правильный ответ: 4

19. В каких случаях можно говорить о первичной слабости родовой деятельности:

1. Родовая деятельность слабая с начала схваток
 2. Продолжительность I периода родов 12 часов
 3. Схватки стали слабее при раскрытии шейки матки на 6 см
- Правильный ответ: 1

20. При каком из ниже перечисленных вставлений головки плода показано оперативное родоразрешение:

1. Передний асинклитизм
 2. Высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом)
 3. Задний асинклитизм
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из ниже перечисленного
- Правильный ответ: 3

21. Каковы показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке:

1. возраст беременной старше 30 лет
 2. несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения по данным УЗИ
 3. рубец после лапароскопического удаления интерстициально расположенного миоматозного узла
 4. рубец после лапароскопического удаления миоматозного узла на ножке
- Правильный ответ: 2, 3

22. Каковы показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода:

1. ножное предлежание
 2. предполагаемая масса плода более 3600 г
 3. анатомически узкий таз
 4. раннее излитие околоплодных вод
- Правильный ответ: 1, 2, 3

23.Какова тактика врача при перенесенной беременности ?

1. активная
2. выжидательная

Правильный ответ: 1

24.Каковы относительные показания для оперативного родоразрешения у женщин с перенесенной беременностью ?

1. наличие акушерской патологии
2. наличие экстрагенитальной патологии
3. при осложненном акушерском анамнезе
4. гипоксия плода
5. Все перечисленное

Правильный ответ: 5

25.Кровопотеря при операции кесарева сечения

- 1.обычно не превышает 500 мл
- 2.зависит от расположения плаценты
3. может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
4. до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов

Правильный ответ: 2

26.Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты:

1. Ввести средства, вызывающие сокращение матки
2. Применить метод Креде-Лазаревича
3. Применить прием Абуладзе
4. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
5. Ввести спазмолитические средства.

Правильный ответ: 4

27. Наиболее частой причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде является разрыв;

1. Стенок влагалища
2. Промежности
3. Тела матки
4. Шейки матки
5. Больших и малых половых губ

Правильный ответ: 4

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

1. массивной кровопотерей и геморрагическим шоком
2. наличием исходной патологии системы гемостаза
3. преждевременной отслойкой плаценты в родах
4. длительной задержкой мертвого плода в полости матки

5. все перечисленное выше.

Правильный ответ: 5

29. Условия для наложения акушерских щипцов?

1. достаточные размеры таза
2. целый плодный пузырь
3. неподвижная головка, стоящая во входе в малый таз
4. живой плод

Правильный ответ: 1, 4

30. Показания к наложению щипцов:

1. неправильный ритм сердцебиений плода
2. пороки сердца в стадии декомпенсации
3. начавшаяся отслойка плаценты
4. Все перечисленное

Правильный ответ: 4

31. Какая кровопотеря характеризуется как массивное кровотечение ?

1. до 500 мл
2. до 1000 мл
3. до 1000 мл и более

Правильный ответ: 3

32. Если при ультразвуковом исследовании плаценты определяется ровная хориальная пластина и гомогенная паренхима, то ее зрелость следует оценить как:

1. 0.
2. I.
3. II.
4. III.

5. не подлежит оценке. Правильный ответ: 1

33. В акушерстве плановые скрининговые УЗИ выполняются в сроки беременности:

1. 12-13 нед.
2. 22-24 нед.
3. 32 нед.
4. в любом сроке до 10 нед.

Правильный ответ: 1, 2, 3

34. Толщина воротникового пространства определяется в сроке беременности:

1. 20 нед.
2. 22 нед.
3. 12 нед.
4. 15-17 нед
5. 39-40 нед

Правильный ответ: 3

35. Перинатальный период - это:

1. период от зачатия до рождения плода.
2. период с 22 недель беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения.

3. период с момента рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов.
4. период с 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения.
5. период с 28 недель беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 12 месяцев после рождения. Правильный ответ: 2 36. Нормальные размеры диагональной конъюгаты:

1. 11 см
2. 12 см
3. 10-13 см
4. не менее 13 см
5. больше 13 см

Правильный ответ: 4

37. Истинная конъюгата измеряется:

1. по диагональной конъюгате
2. непосредственно тазомером
3. по наружным размерам таза
4. по наружной конъюгате Правильный ответ: 1, 4

38. Диагональная конъюгата измеряется:

1. при влагалищном исследовании
2. в сантиметрах
3. по ромбу Михаэлиса 4. Тазомером

Правильный ответ: 1, 2

39. Четвертым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1. высоту дна матки
2. местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза
3. предлежащую часть
4. мелкие части плода 5. спинку плода

Правильный ответ: 2

40. При проведении КТГ (кардиотохографии) плода диагностическое значение имеют следующие показатели:

1. Только базальная частота сердечных сокращений.
2. Только наличие акцелераций.
3. Только ранние и поздние децелерации.
4. Базальная частота сердечных сокращений, наличие акцелераций, ранние и поздние децелерации.

Правильный ответ: 1

Ситуационные задачи Ситуационная задача №1

Беременная И.А, 24 лет обратилась к врачу 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. Выявите проблемы женщины. Сформулируйте диагноз.

Эталон ответа

Приоритетные проблемы: встать на учет по поводу беременности, определить срок беременности, определить предполагаемый срок родов. Потенциальные проблемы: провести полное обследование, выявить группу риска, доносить беременность. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

Ситуационная задача №2

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка. Сформулируйте диагноз.

Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание.

2. При наружном акушерском исследовании определяются: продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки.

- II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.

- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.

Ситуационная задача №3

При очередной явке в женскую консультацию в 36 недель беременности повторнородящая (было 2 родов с крупными плодами) обнаружено, что брюшная стенка перерастянута. Окружность живота – 98 см. Высота дна матки – 28 см. В дне матки части плода не определяются, слева определяется крупная часть плода округлой формы, справа пальпируется тоже крупная часть мягковатой консистенции. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ритмичное, на уровне пупка. Размеры таза – 25-28-32-20 см. Диагноз. Тактика ведения.

Эталон ответа

Беременность 36 нед, поперечное положение плода, 1 позиция. Тактика: может быть преждевременное излитие вод и запущенное поперечное положение. Поэтому госпитализация в стационар, при любом подозрении на подтекание вод – кесарево сечение. Еще возможен поворот плода на ножке. В 37-38 нед госпитализировать в акушерский стационар.

Ситуационная задача №4

Вы ординатор центральной районной больницы. Поступил вызов к беременной 20 лет. Срок беременности 39-40 недель, с жалобами на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад. Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. В мин., справа ниже пупка. Сформулируйте диагноз. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода. **Эталон ответа**

Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание. При наружном акушерском исследовании определяются: продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой. мелкие подвижные бугорки. II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа. предлежащая часть. головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы. 320мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см $(100 \times 34) = 3400$

Ситуационная задача № 5

Пациентка 22 лет, 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 антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягкой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые. Выявите проблемы женщины. Сформулируйте диагноз. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы: отвращение к запахам, отсутствие менструации, тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

Диагноз: беременность 8 недель.

Дополнительные методы диагностики беременности: определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче; ультразвуковое исследование матки. Определение срока беременности осуществляют: по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель; по величине тела матки = 8 недель (небеременная матка имеет размер с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).

Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации. 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, 39-40 недель).

Ситуационная задача № 6

Вы-ординатор, к вам обратилась женщина 25 лет, отмечающая жалобы на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

В анамнезе менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась. Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Оцените состояние женщины.

Ваша тактика

Эталон ответа

Беременность 12 недель. Ранний токсикоз беременных, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена. Все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний токсикоз, а рвота 10 раз в сутки умеренную рвоту. Состояние женщины средней тяжести. Тактика: взятие на диспансерный учет по беременности, госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения раннего токсикоза.

Ситуационная задача № 7

Беременная Э., 36 лет, в сроке беременности 22-23 недели, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности с жалобами на раздражительность, быструю утомляемость, бессонницу, сердцебиение, повышенную потливость, дрожание рук. Беременность - вторая. Первая закончилась год назад медицинским абортom, в сроке 8 недель по медицинским показаниям. Вторая, настоящая беременность осложнилась ранним токсикозом (рвотой беременных легкой степени), угрозой выкидышем. Лечилась самостоятельно. Принимала церукал, но-шпу, поливитамины. Страдает диффузным токсическим зобом с 22 лет. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы, повышенной влажности. Щитовидная железа при пальпации увеличена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. АД 120/80 и 130/90 мм рт. ст., Ps 104 в мин. ЧДД 22 в мин. Размеры таза: 26-28-20-19 см. Матка в повышенном тонусе, расслабляется.

Положение плода продольное. Предлежит головка. Спинка справа, сзади. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Per uaginat: шейка длиной до 2,5 см, средней плотности, отклонена кзади от проводной оси таза. Наружный зев пропускает кончик пальца. Мыс не достижим. Костный таз без патологии. Предварительный диагноз?

Эталон ответа

Беременность 28 недель. Головное предлежание. Продольное положение, вторая позиция, задний вид. Угрожающие преждевременные роды. Тиреотоксикоз. ОАА. Первородящая старшего возраста.

Ситуационная задача № 8

Беременная Щ., 30 лет, доставлена в роддом 17 июля в экстренном порядке машиной скорой помощи на носилках по поводу преэклампсии с жалобами на головную боль, шум в ушах, слабость, рвоту. Беременность первая. Последняя менструация 20 января. В сроке 13-14 недель наблюдалось повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли, носовые кровотечения. По этому поводу лечилась в терапевтическом отделении в течение 3-х недель. В сроке 20-22 недели вновь появились головные боли. 17 июля состояние ухудшилось, усилились головные боли, больше в височных областях, слабость, была однократная рвота. Наследственность отягощена - у обоих родителей гипертоническая болезнь.

Состояние тяжелое. Отеки голеней, передней брюшной стенки. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 150/90 и 160/100 мм рт. ст., пульс 98 уд. в мин. Матка в повышенном тонусе. В дне матки плотная округлая часть плода. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное. Предлежит мягкая, объемная часть плода, подвижна над входом в малый таз. Спинка слева, спереди. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 156 уд/мин, слева выше пупка.

Per vaginat: шейка матки укорочена до 2 см, средней плотности, расположена по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для пальца. Пальпируется мягкая предлежащая часть плода, прижата по входу в малый таз. Мыс не достижим. Плодный пузырь цел. Предварительный диагноз?

Эталон ответа

Беременность 34 недели. Тазовое предлежание, продольное положение, первая позиция, передний вид. Преэклампсия средней степени тяжести. Гипертоническая болезнь III степени. Внутриутробная гипоксия плода. Угрожающие преждевременные роды

Ситуационная задача №9

Беременная 36 лет. Беременность 35 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.

Диагноз? План ведения?

Эталон ответа

Беременность II, 35 недель. ОАА. Первородящая старшего возраста. Тазовое предлежание. Дородовая госпитализация в 38 недель. Планировать родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Ситуационная задача №10

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного снаотдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона. Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталон ответа

2 период срочных родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция. Выходные акушерские щипцы.

Ситуационная задача №11

У повторнородящей, 26 лет установлено смешанное ягодичное Предлежание плода. Во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд. В минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено: ягодичи и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины. Ваша тактика?

Эталон ответа

Произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке

Ситуационная задача №12

Первый период родов у первородящей длится более 14 часов. После медикаментозного снаотдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталон ответа

2 период срочных родов. Клинически узкий таз. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Ситуационная задача №13

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая -срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки блед-ые, черты лица

заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щетки-наБлюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum-26 см, distantia cristarum-28 см, distantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз?

Ответ. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.

Ситуационная задача №14

Роженица Р., 35 лет, поступила в роддом с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота, которые появились 6 часов назад. Спустя 1 час отошли воды в количестве более трех литров, светлые.

Из анамнеза: Беременность четвертая, первые роды в 25 лет, без особенностей. Вторая беременность закончилась медицинским абортom в сроке 12 недель, осложнившимся кровотечением по поводу остатков плодного яйца. Третьи роды - в срок - осложнились ручным отделением и выделением последа (интимное приращение плаценты).

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 169 см, масса тела = 74 кг. АД = 155/90 мм рт.ст., ЧСС = 80 в 1 мин. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Окружность живота = 108 см. Высота стояния дна матки = 33 см.

Положение плода поперечное, позиция 2-ая. Определяется неясная предлежащая часть, прижатая к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 176 уд в 1 мин.

Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки на 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий. Мыс не достигается.

Результаты стационарного исследования: Группа крови: O (I) Rh - положительная.

ОАК: Эритроц. = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, Нб = 103 г/л, Лейкоциты = $9,5 \cdot 10^9/л$: э = 2%, п/я = 6%, с/я = 65%; Лимф. = 7%, Мон. = 20%. Тромб. = $212 \cdot 10^9/л$. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция - кислая, белок = 0,33 г/л, сахар - отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = 4-6 в п/зр.

УЗИ: Плод соответствует доношенной беременности, поперечное положение плода, спинка обращена вниз, плацента по передней стенке, 3 степени зрелости.

КТГ: 6 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = 10 - 20 в п/зр., лейкоциты = до 30 в п/зр. Флора - смешанная, обильно, «ключевые клетки». Гонококки и трихомонады - отр. 1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

Ответ:

1. Диагноз заболевания и его обоснование: Второй период своевременных родов. Раннее отхождение вод. Многоводие. Запущенное поперечное положение плода, вторая позиция, задний вид. Острая гипоксия плода. Бактериальный вагиноз. Умеренная преэклампсия. Анемия 1 степени. ОАА.

Обоснование диагноза:

- Раскрытие маточного зева до 10 см является полным и завершает первый период родов; о сроке беременности можно судить по данным УЗИ (плод соответствует доношенной беременности)
- Отхождение вод до 6 см открытия является ранним;
- Количество околоплодных вод объемом в 3 литра указывает на многоводие, которое явилось причиной поперечного положения плода;
- Запущенным поперечным положение становится при неподвижности плода из-за отхождения задних околоплодных вод, плотного охвата и вколачивания плечика в плоскости входа в малый таз;
- Значительное сдавление плода из-за отсутствия задних вод, вызвало острую гипоксию плода, что подтверждено КТГ исследование в 6 баллов и частотой приглушенного сердцебиения 176 ударов в минуту;
- Бактериальный вагиноз - наличие «ключевых» клеток и смешанной микрофлоры при микроскопии влагалищного мазка на фоне нормального количества лейкоцитов
- Умеренная преэклампсия - на основании увеличения АД- 155/90, протеинурии- 0,33г/л; Анемия 1 степени - уровень гемоглобина 103 г/л.
- Акушерский анамнез отягощен абортom с кровотечением, а при второй беременности - интимным прикреплением последа с ручным отделением последа и кровотечением при вторых родах.

Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация в родильное отделение. Лечебные мероприятия должны включать:

- 1) Дача наркоза для снятия родовой деятельности, как профилактика развития возможного разрыва матки.
- 2) Срочное родоразрешение (вколоченное плечико, острая гипоксия плода, безводный промежуток 5 часов) путем корпорального кесарева сечения под интубационным наркозом.
- 3) Интраоперационно и в послеоперационном периоде - антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимость в дополнительных исследованиях отсутствует, однако представляется целесообразной консультация анестезиологом-реаниматологом для подготовки к срочному родоразрешению. Необходимо также исследование уровня железа в сыворотке крови и ОЖСС (для уточнения генеза анемии и решения вопроса о этиопатогенетическом её лечении).

Ситуационная задача №15

Беременная Д., 30 лет, поступила в роддом в 17 часов с жалобами на отхождение околоплодных вод 6 часов назад.

Из анамнеза. Беременность первая, доношенная. Во второй половине беременности АД повышалось до 140/90 - 130/80 мм рт. Ст. От госпитализации категорически отказывалась, о чем в индивидуальной карте беременности имеются записи.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 165 см. Масса тела = 73 кг. АД = 155/90 - 152/95 мм рт.ст. Окружность живота = 97 см. Высота стояния дна матки = 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение = 148 уд в 1 мин. Размеры таза. 24-26-29-19 см. Регулярной родовой деятельности нет. Обильно подтекают воды, слегка окрашены меконием. Голени ног и передняя брюшная стенка отечны. Учитывая преждевременное излитие вод, начато родовозбуждение окситоцином, противосудорожная и гипотензивная терапия. В 23 часа родовозбуждение закончено. Схватки через 4-5 мин., по 15-20 сек., слабой силы. Головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода = 160-170 уд в 1 мин., аритмичное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Через 20 мин. Сердцебиение плода исчезло.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие = 6 см, плодного пузыря нет, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади.

Результаты стационарного исследования:

Группа крови: В (III) Rh - отрицательная, без титра антител.

ОАК: Эритро. = $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Нб = 100 г/л, ЦП = 0,8; Лейкоциты = $10,4 \cdot 10^9/л$. э = 1%, п/я = 6%, с/я = 68%; Лимф. = 20%, Мон. = 5%. Тромб. = $185 \cdot 10^9/л$. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция - кислая, белок = 0,3 г/л в двух порциях мочи через 6 часов, сахар - отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = до 14 в п/зр., эритро. - ед. в п/зр.

УЗИ (при поступлении): Беременность одним живым плодом. Плацента по задней стенке, 3 степени зрелости. По фетометрии - задержка роста плода.

КТГ (при поступлении): 5 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий - незначительное количество, лейкоциты = 20 в п/зр., флора - кокки обильно, гонококки - отр., трихомонады - отр.

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

Ответ:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Первый период своевременных родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Задний вид затылочного предлежания. Общеравномерно суженный таз I степени. Тяжелая преэклампсия. Родовозбуждение окситоцином. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода. Прогрессирующая гипоксия плода. Интранатальная гибель плода. Анемия 1 степени. Резус-отрицательная кровь без титра антител.

Обоснование:

- О доношенности беременности можно судить по ВДМ и ОЖ, данных для более точно определения срока беременности в задаче нет.
 - Отхождение вод до начала родовой деятельности является преждевременным.
 - При влагалищном исследовании расположение стреловидного шва - в левом косом положении, а малого родничка справа и кзади - задний вид, который является условно патологическим.
 - Тяжелая преэклампсия - на основании увеличения АД, протеинурии; для определения степени тяжести преэклампсии необходимы данные об уровне АД и протеинурии, а также - о дополнительных критериях тяжести, в частности, задержке роста плода, состоянии плода и наличии экстрагенитальной патологии; в данном случае есть данные только по уровню АД и белка в моче, что соответствует умеренной преэклампсии. Однако наличие задержки роста плода указывает на тяжелую преэклампсию.
 - Анатомически узкий таз - равномерное уменьшение всех размеров свидетельствует о наличии общеравномерносуженного таза 1 степени (по величине истинной конъюгаты, равной 10 см)
 - Плацентарная недостаточность, задержка роста плода - по данным УЗИ
 - Наличие мекония при головном предлежании определяет гипоксию плода, а данные КТГ указывают на выраженную степень (5 баллов). На состояние плода указывают задержка роста плода (по данным УЗИ).
 - Отсутствие сердцебиения плода свидетельствует о его внутриутробной (а именно - интранатальной, то есть в родах) гибели.
 - Анемия 1 степени - уровень гемоглобина 103 г/л.
2. Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация пациентки в перинатальный центр 3-А группы. При поступлении необходимо начать антигипертензивную терапию (метилдопа, нифедипин) и противосудорожную терапию 25% раствором сернокислой магнезии: установить периферический внутривенный катетер, внутривенно, болюсно 16мл (4г сухого вещества) раствора магнезии, затем инфузоматом со скоростью до 2г/час.
 3. При интранатальной гибели плода роды предпочтительно заканчивать через естественные родовые пути, тем более у Rh (-) женщины с анемией. Продолжать стимуляцию родовой деятельности, лечение преэклампсии, эпидуральная анестезия.
 4. Для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики необходимо: оценить состояние плода до родовозбуждения. Провести «нестрессовый» тест - КТГ, а также доплерометрию материнской и плодовой гемодинамики. Определить готовность родовых путей к родам - шеечный тест «зрелости шейки матки».
 5. Если данные методы не выявили противопоказаний - проводить родовозбуждение под мониторным контролем состояния плода и характером родовой деятельности. Даже при отсутствии дополнительных методов исследования, роды у беременной 30 лет с наличием преждевременного излития околоплодных вод, хронической гипоксией плода, задержкой роста плода, узким тазом и тяжелой преэклампсией необходимо было завершать оперативным путем - посредством операции кесарева сечения, а не проводить родовозбуждение окситоцином, усиливающим внутриутробное страдание плода. Показано обследование терапевтом, гистоморфологическое исследование плода и плаценты.

Раздел 3: Гинекология

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Основными симптомами в гинекологии являются:

- 1) боли
- 2) бели
- 3) кровотечения
- 4) диспареуния
- 5) бесплодие
- 6) все перечисленное. Правильный ответ: 6

2. Первая менструация (менархе) наступает в возрасте:

- 1) 8-10 лет
- 2) 11-13 лет
- 3) 14-16 лет 4) 16-18 лет. Правильный ответ: 2

3. Нормальная кровопотеря во время менструации составляет: 1) 10-20 мл.

- 2) 25-50 мл.
- 3) 75-100 мл.
- 4) 125-150 мл.

Правильный ответ: 2

4. Укажите продолжительность нормальной менструации:

- 1) 1-2 суток
- 2) 3-6 суток
- 3) больше 6 суток.

Правильный ответ: 2

5. Обязательными методами исследования в гинекологии являются, кроме:

- 1) взятие мазков на степень чистоты
- 2) осмотр шейки матки с помощью зеркал
- 3) осмотр молочных желез и наружных половых органов 4) двуручное влагалищно-абдоминальное исследование.
- 5) осмотр молочных желез

Правильный ответ: 1

6. Выберите, необходимое оптимальное обследование для постановки диагноза «миома матки»:

- 1) общий анализ крови;
- 2) общий анализ мочи;
- 3) вагинальный осмотр;
- 4) флюорография;
- 5) ЭКГ; 6) УЗИ;

Правильный ответ: 1, 3, 6

7. Абсцесс молочной железы на различных этапах своего формирования при ультразвуковом исследовании будет иметь:

- 1) Различную эхографическую картину.
- 2) Примерно одинаковую картину Правильный ответ: 2 8.

Перечислите органы-мишени женских половых гормонов:

- 1) волосяные фолликулы
- 2) жировая ткань
- 3) эндометрий матки
- 4) ткань молочных желез
- 5) эпителий влагалища 6) костная ткань 7) все перечисленное. Правильный ответ:

7

9. В диагностике перенесенной беременности помогают следующие методы исследования 1) аминоскопия

- 2) ЭКГ и ФКГ плода
- 3) динамика изменения окружности живота и высоты дна матки
- 4) кольпоцитология
- 5) все перечисленные Правильный ответ: 5

10. Для диагностики подслизистой миомы матки при гистеросальпингографии лучше использовать контрастные вещества

- 1) водорастворимые
- 2) жирорастворимые
- 3) и те, и другие
- 4) ни те, ни другие

Правильный ответ: 1

11. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить

- 1) на 7-8-й день менструального цикла
- 2) на 1-5-й день менструального цикла
- 3) на 20-25-й день менструального цикла
- 4) на 26-28-й день менструального цикла Правильный ответ: 1

12. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме

- 1) острого воспалительного процесса в придатках
- 2) выраженного спаечного процесса в брюшной полости
- 3) нарушенной маточной беременности
- 4) тяжелого общего состояния больной Правильный ответ: 1

13. На регуляцию менструального цикла оказывают влияние:

- 1) опиоидные пептиды
- 2) простагландины
- 3) фоллиберин

4) люлиберин 5) пролактостатин 6) все перечисленное. Правильный ответ: 6

14. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

- 1) эхонегативные кистозные включения в миомерии.
- 2) увеличение переднезаднего размера тела матки.
- 3) асимметрия толщины передней и задней стенок матки.
- 4) гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии.
- 5) верно все. Правильный ответ: 1

15. Лютеиновая фаза овариально-менструального цикла характеризуется:

- 1) различной продолжительностью
- 2) ростом и развитием фолликулов яичника
- 3) секрецией эстрогенов
- 4) низкой базальной температурой тела 5) секрецией прогестерона. Правильный

ответ: 5

16. Клинические проявления декомпенсированной формы предменструального синдрома начинаются:

- 1) в I фазу менструального цикла
- 2) во II фазу менструального цикла
- 3) в первый день менструации
- 4) за день до менструации Правильный ответ: 1

17. Пременопаузальный период приходится на

возраст: 1) 35-45 лет 2) 45 лет -менопауза

- 3) 46-55 лет
- 4) 56-65 лет

Правильный ответ: 2

18. По мере развития эндометриоза симптом кровотечения приобретает характер:

- 1) аменореи
- 2) менометроррагии
- 3) метроррагии 4) гипоменструального

Правильный ответ: 2, 3

19. При аденомиозе матки наблюдаются изменения в эндометрии (выбрать правильный ответ)

- 1) железистая гиперплазия эндометрия
- 2) железисто-кистозная гиперплазия
- 3) полипоз эндометрия
- 4) секреторная трансформация
- 5) очаговая гиперплазия эндометрия
- 6) эндометрит

Правильный ответ: 4

20. При альгодисменореи выброс простагландинов:

- 1) увеличивается перед овуляцией
 - 2) снижается перед овуляцией
 - 3) увеличивается перед менструацией
 - 4) снижается перед менструацией
- Правильный ответ: 3

21. К фоновым процессам шейки матки относятся

- 1) дисплазия
- 2) карцинома in situ
- 3) эндоцервикоз
- 4) эритроплакия
- 5) лейкоплакия с атипией

Правильный ответ: 3

22. К гиперпластическим процессам, связанным с гормональными нарушениями, относятся

- 1) истинная эрозия
- 2) цервицит
- 3) шеечно-влагалищные свищи
- 4) дисплазия
- 5) эктопия

Правильный ответ: 5

23. К фоновым воспалительным процессам шейки матки относятся

- 1) дисплазия
- 2) истинная эрозия
- 3) эктопия
- 4) лейкоплакия
- 5) эндометриоз

Правильный ответ: 2

24. 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) иссечение
 - 2) наблюдение
 - 3) электрокоагуляцию
 - 4) криодеструкцию
 - 5) конизацию шейки матки
- Правильный ответ: 2

25. 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) наблюдение

- 2) диатермокоагуляцию
- 3) криодеструкцию шейки матки
- 4) конизацию шейки матки
- 5) все перечисленное Правильный ответ: 4

26. Выраженная дисплазия относится

- 1) к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
- 2) к фоновым процессам, связанным с воспалением
- 3) к предраку
- 4) к раннему раку

Правильный ответ: 3

27. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

- 1) цитологическое исследование
- 2) гистологическое исследование
- 3) осмотр в зеркалах
- 4) кольпоскопия

Правильный ответ: 2

28. Для лечения выраженной дисплазии влагалищной порции шейки матки у женщины 30 лет целесообразно использовать 1) электрокоагуляцию

- 2) ампутацию шейки матки
- 3) конизацию шейки матки
- 4) экстирпацию матки с придатками Правильный ответ: 3

29. К предраку шейки матки относится

- 1) эндоцервикоз
- 2) эндометриоз
- 3) эктропион
- 4) дисплазия
- 5) карцинома in situ

Правильный ответ: 4

30. Для уточненной диагностики предрака шейки матки целесообразно проводить

- 1) осмотр в зеркалах
- 2) кольпоскопию
- 3) цитологическое исследование
- 4) гистологическое исследование
- 5) все перечисленное Правильный ответ: 5

31. Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать

- 1) диатермокоагуляцию
- 2) криодеструкцию
- 3) конизацию шейки матки Правильный ответ: 2, 3

32.К наиболее часто встречающимся злокачественным опухолям яичников относятся

- 1) эпителиальные
- 2) стромы полового тяжа
- 3) герминогенные
- 4) метастатические

Правильный ответ: 1

33. Для метастатических опухолей яичников является характерным

- 1) молодой возраст
- 2) подвижность опухолей
- 3) быстрый рост

Правильный ответ: 1, 2, 3

34. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется

- 1) на влагалищной порции шейки матки
- 2) в нижней трети цервикального канала
- 3) в средней трети цервикального канала
- 4) в верхней трети цервикального канала
- 5) одинаково часто

Правильный ответ: 1

35. При раке шейки матки чаще встречаются следующие морфологические формы рака

- 1) плоскоклеточный
 - 2) аденокарцинома
 - 3) светлоклеточный
 - 4) недифференцированный
- Правильный ответ: 1

36. Для перекрута ножки кисты характерны следующие симптомы:

- 1) резкие боли в животе
 - 2) связь с серединой менструального цикла
 - 3) парез кишечника
 - 4) кровотечение из цервикального канала
 - 5) синдром Щеткина-Блюмберга
 - 6) симптомы внутрибрюшного кровотечения
 - 7) боли, постепенно нарастающие
- Правильный ответ: 3,5,7

37. Каков объем оперативного вмешательства при разрыве желтого тела во время беременности:

- 1) удаление яичника
 - 2) резекция яичника в пределах здоровой ткани
 - 3) ушивание разрыва
- Правильный ответ: 3

38. Объем оперативного вмешательства при внематочной беременности зависит от:

- 1) места имплантации

2) давности заболевания 3) сопутствующей патологии
Правильный ответ: 1, 2, 3

39. Каковы противопоказания для консервативной операции на маточной трубе при внематочной беременности: 1) массивная кровопотеря

2) обширный разрыв трубы

3) давно прервавшаяся беременность 4) наличие резких воспалительных изменений в придатках матки

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

40. Оптимальными видами анестезии при операциях на органах брюшной полости у беременных являются

1) фторотановый наркоз

2) многокомпонентный комбинированный эндотрахеальный наркоз

3) эпидуральная анестезия
Правильный ответ: 2, 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на задержку менструации на 7 дней. Последняя менструация 5 недель назад. Тест на ХГ в домашних условиях положительный. При осмотре состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. При двуручном исследовании тело матки больше нормы, справа от матки пальпируется образование 3 x 4 см, слегка чувствительное, подвижное, овоидной формы, мягкоэластической консистенции. Своды свободные глубокие. При трансвагинальной эхографии М-эхо толщиной 18 мм, плодное яйцо в полости матки не определяется. Ваш диагноз. Тактика ведения?

Эталон ответа: трубная беременность (через неделю может стать маточной, плодное яйцо переместится в полость матки). Динамическое наблюдение, УЗИ органов малого таза.

Ситуационная задача №2

У больной 33 лет при осмотре в зеркалах на передней губе шейки матки выявлен участок белесоватого цвета с ровными четкими контурами, возвышающийся над здоровой поверхностью шейки матки. Предполагаемый диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для верификации диагноза. Методы лечения данной патологии.

Эталон ответа: лейкоплакия шейки матки, предрак. Кольпоскопия с последующей биопсией, диэлектрокоагуляция или криодеструкция

Ситуационная задача №3

Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13 лет, по 4 дня через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей -5: 2 родов и 3 аборта по желанию без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях

стационара. Выписана на 2-ой день в удовлетворительном состоянии. В срок предполагаемой менструации появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре - язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание учащенное. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании - влагалище рожавшей, зев закрыт,

шейка обычной плотности. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, мягкоэластической консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Предположительный диагноз. Тактика ведения. План лечения.

Эталон ответа: Пузырный занос. Беременность VI, 12 недель, угроза выкидыша.

Тактика – подтверждение диагноза: диагностическими признаками являются наличие пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища, повышение ХГ более 100000 мМЕ/мл при увеличении матки, высокие концентрации трофобластического бета-глобулина, при УЗИ – множество эхосигналов без признаков плодного яйца.

Лечение – удаление пузырного заноса с помощью вакуум-эксектора с последующим назначением сокращающих средств, предохранение от беременности 2 года, контроль ХГ в крови и моче.

Ситуационная задача №4

Больная 29 лет, страдает первичным бесплодием. В анамнезе операция: удаление придатков матки справа по поводу воспалительного образования 3 года тому назад. 1 месяц тому назад на УЗИ обнаружено тонкостенное ретенционное образование в области левого яичника размером 4х5 см. Предварительный диагноз. План ведения больной.

Эталон ответа: опухолевидный процесс слева. Трансвагинальная эхография, пункция образования под контролем УЗИ, цитологическое исследование пунктата, определение в пунктате СА-125.

Ситуационная задача №5

Больная 27 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 5 дней. Последняя менструация 3 недели назад. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие. При ультразвуковом сканировании тело матки с четкими ровными контурами, 46 x 24 x 19 мм. М-эхо 4 мм, однородное. Яичники – без патологии. Содержание β -субъединицы ХГ в крови = 0 ЕД. Диагноз? План ведения?

Эталон ответа: дисфункциональное маточное кровотечение. Гормональный гемостаз. Циклическая гормональная терапия – 2-фазные КОК.

Ситуационная задача №6

Больная, 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39⁰С. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матки и придатков четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц

живота. Выделения обильные, гнойные. Диагноз? Схемы антибактериального лечения. Критерии излеченности гонореи.

Эталон ответа: диагноз: сальпингоофорит клинически специфической (гонорейной) этиологии, осложненный пельвиоперитонитом. Доксициклин 100мг в/в 2 раза в день и цефокситин (2 мг в/в 4 раза в день); Клиндамицин (600 мг в/в 4 раза в день) и гентамицин (2 мг/кг в/в); доксициклин и метронидазол 1,5 мг/кг в/в 3 раза в день.

Критерий излеченности гонореи – отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3 менструальных циклов.

Ситуационная задача №7

Больная 23 года. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: движения за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

Предположительный диагноз. План ведения.

Эталон ответа: диагноз: кольпит (трихомониаз). План ведения – посев слизи из цервикального канала, микроскопия нативного препарата. При подтверждении д-за – лечение обоих партнеров. Местное лечение не рекомендуется, т.к. трихомонады могут персистировать экстравагинально и возможен рецидив после локальной терапии. Лечение – метронидазол 250 мг 3 раза в день – 7 дней или 2 г метронидазола однократно (per os).

Ситуационная задача №8

Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Диагноз. Тактика обследования. Лечение.

Эталон ответа: диагноз: Климактерический синдром. Хр. холецистит. Хр. колит. Ожирение. Тактика обследования: общие анализы, система свертывания, печеночные ферменты, гормональный фон, УЗИ органов брюшной полости (особенно нас интересует печень и желчный пузырь, т.к. ЖКБ есть противопоказание к ГЗТ эстрогенами) и малого таза (яичники, состояние эндометрия), мазок с шейки матки. Начинать терапию можно с растительного препарата «Климадинон», который хорошо устраняет вегетососудистые проявления климактерического синдрома. При его неэффективности – ГЗТ. т.к. у женщины сохранена матка, необходима терапия эстрогенами под защитой эндометрия прогестагенами. Препараты – «Климонорм», «Климен». Местно – при сухости влагалища, циститах – вагинальные свечи «Овестин»

Ситуационная задача №9

Больная 47 лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей, беспокоящие больную в течение 3-х недель. Кровотечение возникло после 1,5 месячной задержки менструации. Иногда беспокоят приливы жара. Соматически не отягощена. В течение последних 10 месяцев наблюдаются задержки менструации, а затем обильные и продолжительные. Кровотечение. К врачу не обращалась.

Обследовано: правильного телосложения. Кожные покровы бледноватой окраски. PS - 78 уд. АД – 115 и 80 мм.рт.ст. По органам без патологии. Мочеиспускание не нарушено. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки чистые, выделения кровяные в незначительном количестве. При двуручном исследовании шейка цилиндрической формы. Матка не увеличена, наружный зев закрыт. Придатки без особенностей. Предположительный диагноз.

Какие методы диагностики следует применить у данной больной. С чем следует дифференцировать это заболевание. Тактика ведения больных в перименопаузальном периоде.

Эталон ответа: ДМК перименопаузального периода. Климактерический с-м. ЖДА.

Диагностика: общие анализы, гормональный фон, УЗИ малого таза, РДВГ, коагулограмма. В плане диагностики информативна аспирационная биопсия эндометрия, а также гистероскопия. Тактика ведения: в перименопаузе причиной ДМК является эндогенная гиперэстрогения – ГЗТ эстрогенами не проводят, назначают терапию прогестинами в виде коротких курсов, что компенсирует действие эстрогенов и создает условия для регулярного отторжения эндометрия. Избыток эстрогенов ведет к неоплазии эндометрия - тоже причина кровотечения. Лечение – по результатам РДВГ и биопсии эндометрия. Лечение вегетососудистых проявлений негормональными методами (эстрогены могут ухудшить состояние эндометрия); эффективен растительный препарат «Климадинон», кроме того, МПА достаточно эффективен для облегчения приливов жара.

Ситуационная задача № 10

Пациентка 28-и лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6 нед. В возрасте 20-и лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и сзади от матки пальпируется образование размером 8х8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Лечебная тактика.

Ответ:

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. УЗИ малого таза. Хирургическое лечение с последующей гормональной терапией. Эндометриоз яичников. Лапароскопия: белесоватая капсула с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью; УЗИ: эхопозитивная капсула, мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне жидкого содержимого, локализация позади матки. Лечение: коагуляция или выпаривание лазером при лапароскопии, далее гормоны: агонисты ГнРГ, антагонисты гонадотропинов, прогестагены (даназол, дюфастон, золадекс).

Ситуационная задача № 11

Пациентка 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темнокровянистые, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию диатермоконизации шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и PS в норме.

В зеркалах: влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темно-кровянистые скудные выделения.

Бимануально: матка в правильном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

Предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики, наблюдение и лечение **Ответ:**

Диагноз: Эндометриоз влагалищной части шейки матки. Аденомиоз. Миома матки? Дифференциальный диагноз с эритроплакией, полипом цервикального канала, кистами nabotovykh zhelez, эктропионом. Гистероскопия и цервикоскопия, раздельное диагностическое выскабливание, если есть ациклические кровотечения.

Лечение: лазерная вапоризация, конизация шейки матки, эстроген-гестагенные препараты.

Ситуационная задача №12

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. Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Эталон ответа: рак яичника или метастаз Крукенберга. Проверить ЖКТ, оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез). Доброкачественную опухоль оперировать.

Ситуационная задача №13

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

Эталон ответа: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. С последующим решением объёма операции по поводу удаления миомы.

Ситуационная задача №14

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток. Диагноз? План ведения?

Эталон ответа: ДМКперименопаузального периода. Атипичная аденоматозная гиперплазия эндометрия. Миома матки. План ведения – экстирпация матки с придатками, т.к. имеется атипия клеток, большая миома, кроме того, больная не переносит гормонотерапии.

Ситуационная задача №15

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?

Эталон ответа:

Д-з: Множественная миома матки. Меноррагия. ЖДА

Тактика – до операции – РДВ с гистологией (для точного определения причины кровотечения – миома или рак эндометрия), предоперационная подготовка включает лечение анемии, которое помимо препаратов железа включает либо прогестагены, либо аналоги гонадолиберина, что способствует уменьшению миомы в размерах, уменьшению кровопотери. Операция – при подозрении на злокачественное перерождение -экстирпация матки с придатками, при ампутации матки у женщины до 50 лет неизмененные яичники и трубы удалять не следует. Плановое вмешательство по поводу миомы целесообразно проводить в первой половине менструального цикла.

Ситуационная задача №16

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 вышеперечисленные 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?

Эталон ответа: Дермоидная киста правого яичника. Тактика – лапароскопическая операция, энуклеация кисты.

Ситуационная задача №17

Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища. Диагноз. Тактика ведения. **Эталон ответа:** Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. Необходим анализ на ХГЧ, УЗИ. Предположительно: ХГЧ+, по УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует. Лечение: пункция заднего свода влагалища (проверить, есть ли кровь), лапароскопия.

Ситуационная задача №18

Пациентка 30 лет жалуется на тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе больная перенесла резекцию левого яичника по поводу эндометриоидной кисты. При двуручном исследовании выявлено: слева и сзади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5 x 6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое образование 5 x 6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком.

Диагноз и тактика ведения?

Эталон ответа: Эндометриоидная киста, рецидив. Лечение: операция (резекция с сохранением ткани яичника)

Ситуационная задача №19

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 x 7 см, резко болезненное при исследовании. Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

Эталон ответа: Миома матки, субсерозный узел. Подозрение на перекрут, нарушение питания узла. Лечение – надвлагалищная ампутация матки.

Ситуационная задача №20

Больной 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС 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; L - $9,4 \times 10^9$ /л. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитональных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из ц/к 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.

Эталон ответа: Д-з: Острый метроэндометрит на фоне ВМС. Тактика ведения – мазок на флору выделений из цервикального канала (определение возбудителя и его чувствительности кАБ), удаление ВМС, промывание полости матки растворами антибиотиков. Назначение антибиотиков прерорально с учетом чувствительности, сокращающие средства.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Акушерство и гинекология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов. **ОПК-5** Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Организация неотложной помощи в акушерских стационарах.
2. Профилактика септических заболеваний в акушерских стационарах.
3. Хроническая гипоксия плода: диагностика, ведение беременности и родов. Острая гипоксия плода, тактика ведения родов.
4. Методы реанимации новорожденных.
5. Оказание неотложной помощи при преэклампсии.
6. Неотложная помощь при эклампсии.
7. Принципы ведения родов.
8. Особенности ведения преждевременных родов.
9. Особенности течения и ведения беременности при пороках сердца. Особенности течения и ведения родов и послеродового периода у женщин с пороками сердца.
10. Особенности течения и ведения беременности и родов у женщин с гипертонической болезнью.
11. Острый гестационный пиелонефрит, тактика врача.
12. Гипер- и гипогликемическая кома у беременных женщин: клиника, лечение, профилактика.
13. Ведение родов по Цовьянову при тазовых предлежаниях.
14. Неотложная помощь при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

15. Неотложная помощь при предлежании плаценты.
16. Неотложная помощь при кровотечениях в послеродовом периоде. Неотложная помощь при кровотечениях в раннем послеродовом периоде.
17. Диагностика и неотложная помощь при синдроме ДВС в акушерстве.
18. Геморрагический шок : клиника, реанимационные мероприятия.
19. Клиника, диагностика, неотложная помощь при эмболии околоплодными водами.
20. Вакуум-экстракция плода
21. Слабость родовой деятельности, методы ее лечения.
22. Дискоординированная родовая деятельность: диагностика, лечение.
23. Особенности клиники и диагностики атипичного разрыва матки.
24. Диагностика клинически узкого таза, неотложная помощь.
25. Показания и условия к производству операции кесарева сечения. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки, его варианты.
26. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
27. Современные методы обезболивания родов.
28. Постгемотранфузионные осложнения: диагностика, лечение.
29. Особенности течения и принципы терапии септической послеродовой инфекции на современном этапе.
30. Кровоснабжение внутренних половых органов, топография мочеочника.
31. Нагноение опухоли яичника: клиника, диагностика, тактика врача.
32. Ведение гинекологических больных в послеоперационном периоде.
33. Сепсис в гинекологии, принципы патогенетической терапии.
34. Показания к радикальным хирургическим методам лечения больных с фибромиомой матки, техника операции.
35. Показания к хирургическому лечению и объем операции при воспалительных опухолях придатках матки.
36. Организация акушерско-гинекологической неотложной помощи.
37. Септический шок: этиология, патогенез, клиника. Лечение.
38. Методы гормонального гемостаза при-АМК.
39. Тактика врача при внебольничном аборте.
40. Неразвивающаяся беременность: клиника, диагностика, тактика врача.
41. Предоперационная подготовка к экстренным операциям.
42. Пренатальные факторы риска развития СДР у новорожденного, профилактика.
43. Дисгормональные заболевания молочной железы: методы диагностики и лечения.
44. Дифференциальная диагностика трубного и маточного аборта.
45. Овуляторные маточные кровотечения: клиника, диагностика, терапия.
46. Клиника и диагностика АМК.
47. Неотложная помощь при кровотечениях у больных с фибромиомой матки.
48. Некроз миоматозного узла: клиника, диагностика, терапия.
49. Перекрут ножки кисты яичника: клиника, диагностика, тактика врача.
50. Особенности трансфузионно-инфузионной терапии при внематочной беременности.
51. Пельвиоперитонит: клиника, диагностика, тактика врача.
52. Разрыв капсулы кисты яичника: клиника, диагностика, тактика врача.
53. Диагностика и терапия пузырного заноса.
54. Анестезиологическое пособие при малых гинекологических операциях.
55. Травмы мочевого пузыря, мочеочника, кишечника при гинекологических операциях.

56. Рак шейки матки. Классификация, диагностика и лечение в зависимости от стадии и возраста.
57. Клиника, диагностика и лечение острого сальпингоофорита.
58. Эндометриоз. Этиология, классификация.
59. Инфекции, передающиеся половым путём (грибы, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирусы, простейшие). Роль в развитии гинекологической патологии.
60. Ретенционные кисты яичников. Дифференциальная диагностика с истинными опухолями яичников. Принципы лечения.
61. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика.
62. Инструментальные методы исследования в гинекологической практике (рентгенологический, ультрозвуковые, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс).
63. Аборт. Классификация. Методы искусственного прерывания беременности. Осложнения.
64. Рак эндометрия. Классификация, диагностика, лечение.
65. Кровотечения в менопаузе. Причины, диагностика, принципы лечения.
66. Трубное и перитонеальное бесплодие. Причины. Показания к ЭКО.
67. Острый живот в гинекологии. Клинические примеры. Диагностика, лечение.
68. Эктопическая беременность. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Методы комбинированного и комплексного лечения, применяемого в онкогинекологии. Принципы назначения химиотерапии и лучевой терапии.
70. Наружный генитальный эндометриоз. Классификация, диагностика, лечение.
71. Воспалительные заболевания верхнего этажа женской половой сферы. Клиника, диагностика, лечение острого течения заболеваний.
72. Аденомиоз. Клиника, диагностика, лечение.
73. Осложнения опухолей яичников. Клиника, диагностика, лечение.
74. Наружный генитальный эндометриоз. Формы, клиника, диагностика, лечение.
75. Гормональноактивные опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение.
76. Неправильное положение матки. Классификация, этиопатогенез. Принципы оперативного лечения. Операция Богуша-Добротина.
77. Острый живот в гинекологии. Клинические примеры, методы диагностики.
78. Рак яичников. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
79. Эндоскопия в гинекологической практике.
80. Воспалительные заболевания нижнего этажа женской половой сферы. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения. Бактериальный вагиноз.
81. Рак шейки матки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
82. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов по принципу этиологического фактора. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.
83. Рак эндометрия. Понятие о патогенетических вариантах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
84. Фоновые процессы и предрак эндометрия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение различных возрастных групп.
85. Аменорея центрального генеза. Методы обследования, принципы лечения.
86. Современные методы контрацепции.
87. Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.
88. Показания к хирургическому лечению миомы матки.
89. Дисфункциональные маточные кровотечения. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

90. Доброкачественные опухоли яичников. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
91. Система опроса гинекологических больных. Методы объективного обследования в гинекологической практике.
92. Этиопатогенез воспалительных заболеваний женских половых органов. Принципы лечения.
93. Нормальный менструальный цикл. Современные представления о регуляции.
94. Осложнения опухолей яичника. Клиника, диагностика, лечение.
95. Женское бесплодие. Классификация, методы диагностики, принципы лечения.
96. Злокачественные опухоли яичников. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
97. Классификация аменорей.
98. Синдром поликистозных яичников. Формы, клиника, диагностика, лечение.
99. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов по принципу этиологического фактора. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.
100. Яичниковая и маточная форма аменорей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8

1. Какие из перечисленных симптомов могут свидетельствовать о преэклампсии:
1. одышка
 2. тахикардия
 3. отек легких
 4. респираторный дистресс-синдром
 5. все перечисленное
 6. ничего из перечисленного
- Правильный ответ: 5
2. Тяжесть токсикоза 1 й половины беременности характеризуется:
1. Потерей массы тела
 2. Ацетонурией
 3. Субфебрилитетом
 4. Головной болью
 5. Болями внизу живота
- Правильный ответ: 2
3. Наиболее характерным для преэклампсии признаком является:
1. Отеки голеней
 2. Альбуминурия
 3. Жалобы на головную боль, нарушения зрения
 4. Развитие во второй половине беременности
- Правильный ответ: 3
4. Тактика лечения гипертензии при преэклампсии и эклампсии:
1. быстрое устранение артериальной гипертензии
 2. плавное снижение САД
 3. возможны оба варианта
- Правильный ответ: 2

5.Патологическая кровопотеря у родильниц с преэклампсией восполняется:

1. полностью
2. частично, в зависимости от кровопотери Правильный ответ: 1

6.Наиболее целесообразно родоразрешение беременных с преэклампсией при подготовленных родовых путях: 1. плановое кесарево сечение

2. программированные роды
3. спонтанные роды

Правильный ответ: 2

7.Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки:

1. Несовместимость по Rh фактору
2. Поднятие тяжести, травма
3. Хромосомные аномалии эмбриона
4. Инфекции
5. Истмико-цервикальная недостаточность

Правильный ответ: 3

8.Начавшийся аборт характеризуется:

1. Болями внизу живота
2. Кровяными выделениями из половых путей
3. Признаками размягчения и укорочения шейки матки
4. Отхождением элементов плодного яйца
5. Изменением размеров матки

Правильный ответ: 2

9.Характерным признаком полного плотного прикрепления плаценты является:

1. Боль в животе
2. Кровотечение
3. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. Отсутствие признаков отделения плаценты Правильный ответ:4

10.Возникновению клинически узкого таза способствует:

1. Крупный плод
2. Переношенная беременность
3. Неправильное вставление головки
4. Все вышеперечисленное Правильный ответ: 4

11.Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

1. Нерегулярными схватками
2. Схватками различной интенсивности
3. Болезненными схватками
4. Плохой динамикой раскрытия шейки матки
5. Всем вышеперечисленным Правильный ответ: 5

12.Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:

1. Несвоевременное отхождение вод

2. Слабость родовой деятельности
3. Травматические повреждения плода
4. Выпадение пуповины 5. Выпадение ножки

Правильный ответ: 3

13. Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

1. Положительный признак Вастена
2. Задержка мочеиспускания
3. Отек шейки матки и наружных половых органов
4. Отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
5. Все вышеперечисленное

Правильный ответ: 5

14. Указать причины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности и в родах:

1. преэклампсия
2. заболевания почек
3. экстрагенитальная патология
4. заболевания сосудистой системы
5. многоводие, многоплодие
6. травма
7. короткая пуповина
8. Все перечисленное

Правильный ответ: 8

15. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

1. Наличие регулярных схваток
2. Болезненные схватки
3. Недостаточное продвижение предлежащей части
4. Недостаточная динамика раскрытия шейки матки
5. Запоздалое излитие околоплодных вод

Правильный ответ: 4

16. Указать основные клинические симптомы отслойки нормально расположенной плаценты:

1. Гипотензия, тахикардия
2. Болезненность матки
3. Гипертонус матки
4. Внутриутробная асфиксия плода
5. Кровотечение
6. Отсутствие кровотечения
7. Гипертензия, тахикардия

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

17. С какой акушерской патологией следует дифференцировать отслойку нормально расположенной плаценты?

1. Разрыв матки
2. Предлежание плаценты
3. Прободная язва желудка
4. Перфоративный холецистит

Правильный ответ: 1, 2

18. Условия для операции наложения акушерских щипцов, кроме:

1. Полное раскрытие шейки матки
2. Отсутствие плодного пузыря
3. Головка плода в выходе малого таза
4. Мертвый плод
5. Головка плода в узкой части малого таза Правильный ответ: 4

19. В каких случаях можно говорить о первичной слабости родовой деятельности:

1. Родовая деятельность слабая с начала схваток
2. Продолжительность I периода родов 12 часов
3. Схватки стали слабее при раскрытии шейки матки на 6 см Правильный ответ: 1

20. При каком из ниже перечисленных вставлений головки плода показано оперативное родоразрешение:

1. Передний асинклитизм
2. Высокое прямое вставление стреловидного шва (у женщин с поперечносуженным тазом)
3. Задний асинклитизм
4. Все перечисленное
5. Ничего из ниже перечисленного Правильный ответ: 3

21. Для уточнения дискоординации родовой деятельности следует исключить все, кроме:

1. Чрезмерно сильной родовой деятельности
2. Слабости родовой деятельности
3. Клинического несоответствия размеров таза матери и головки плода
4. Гипертонуса нижнего сегмента матки
5. Дистоции шейки матки Правильный ответ: 2

22. Каковы возможные методы родоразрешения при прогрессирующей отслойке нормально расположенной плаценты ?

1. Акушерские щипцы, внутренний поворот с экстракцией плода / при наличии условий родоразрешения через естественные родовые пути/
2. Кесарево сечение
3. Все перечисленное
4. Ничего из перечисленного Правильный ответ: 3

23. Какие данные достаточны для диагностики разрыва шейки матки?

1. Данные УЗИ
 2. Обнаружение разрыва шейки матки при осмотре с помощью зеркал в раннем послеродовом периоде.
 3. Ничего из перечисленного
- Правильный ответ: 2

24. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты:

1. Ввести средства, вызывающие сокращение матки
2. Применить метод Креле-Лазаревича

3. Применить прием Абуладзе
4. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
5. Ввести спазмолитические средства. Правильный ответ: 4

25. Какие клинические симптомы характеризуют угрожающий разрыв матки ?

1. возбуждение
2. тахикардия
3. выраженный болевой синдром
4. перерастяжение нижнего сегмента
5. все выше перечисленное Правильный ответ: 5

26. Каковы показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке:

1. возраст беременной старше 30 лет
 2. несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения по данным УЗИ
 3. рубец после лапароскопического удаления интерстициально расположенного миоматозного узла
 4. рубец после лапароскопического удаления миоматозного узла на ножке
- Правильный ответ: 2, 3

27. Каковы показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода:

1. ножное предлежание
2. предполагаемая масса плода более 3600 г
3. анатомически узкий таз
4. раннее излитие околоплодных вод Правильный ответ: 1, 2, 3

28. Какова тактика врача при переношенной беременности

1. активная
2. выжидательная

Правильный ответ: 1

29. Каковы относительные показания для оперативного родоразрешения у женщин с переношенной беременностью ?

1. наличие акушерской патологии
2. наличие экстрагенитальной патологии
3. при осложненном акушерском анамнезе
4. гипоксия плода
5. Все перечисленное

Правильный ответ: 5

30. Кровопотеря при операции кесарева сечения

1. обычно не превышает 500 мл
2. зависит от расположения плаценты
3. может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
4. до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов

Правильный ответ: 2

31. Указать виды аномального расположения плаценты:

1. полное предлежание

2. неполное предлежание
3. низкое прикрепление
4. шеечно-перешеечное прикрепление Правильный ответ: 1, 3, 4

32.Аналогичны ли понятия "расположение плаценты" и "прикрепление плаценты "

1. да
2. нет

Правильный ответ: 2

33.При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и КТГ признаки гипоксии плода. Показано...

1. расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
2. начать подготовку к родовозбуждению
3. родовозбуждение, при отсутствии эффекта — кесарево сечение
4. кесарево сечение

Правильный ответ: 4

34.Какие основные симптомы предлежания плаценты

1. боли
2. повторяющиеся кровотечения
3. гипотензивный синдром
4. анемия
5. высокое стояние над входом в таз предлежащей части плода
6. повышенный тонус матки Правильный ответ: 2,3,4,5,6

35.При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано

1. применение родостимулирующей терапии
2. укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
3. применение акушерских щипцов
4. родоразрешение операцией кесарева сечения Правильный ответ:4

36.Указать показания к срочному кесареву сечению при предлежании плаценты:

1. начавшееся кровотечение при полном предлежании плаценты
2. сочетание неполного предлежания и с поперечным, косым положением, тазовым предлежанием при отсутствии кровотечения и родовой деятельности
3. продолжающееся кровотечение при неполном предлежании плаценты, несмотря на вскрытие плодного пузыря Правильный ответ: 1, 3

37.Перечислите показания к операции извлечения плода за тазовый конец.

1. тяжелые заболевания роженицы в угрожающая гипоксия плода
2. выпадение петель пуповины
3. отсутствие условий для кесарева сечения
4. все перечисленное Правильный ответ:4

38.Развивается ли геморрагический шок при кровопотере до 10% ОЦК

1. да
2. нет

Правильный ответ: 2

39. Какие осложнения могут наблюдаться при экстракции плода

1. запрокидывание ручек
2. разгибание головки
3. поворот головки подбородком кпереди
4. все перечисленное

Правильный ответ: 4

40. Каковы основные признаки матки Кувелера?

1. атония матки
2. имбиция кровью миометрия до серозного покрова
3. Все перечисленное

Правильный ответ: 3

41. Эпидуральная анестезия противопоказана при наличии

1. дерматита поясничной области
2. изменениях гемостаза
3. неврологических нарушениях
4. непереносимости местных анестетиков
5. гиповолемии,

сепсисе. 6. все перечисленное

Правильный ответ: 6

42. Прерывание внематочной беременности чаще происходит на сроке

1. 10-12 недель
2. 2-3 недели
3. 5-6 недель
4. 8-9 недель

Правильный ответ: 3

43. При внематочной беременности основной метод лечения

1. антибиотикотерапия
2. оперативный
3. консервативный
4. применение цитостатиков

Правильный ответ: 2

44. Операцию кесарева сечения производят:

1. по желанию женщины
2. с целью ускорения окончания родов
3. у всех первородящих старшего возраста
4. по показаниям со стороны матери и плода

Правильный ответ: 4

45. К условиям для наложения акушерских щипцов не относится

1. живой плод
2. отсутствие плодного пузыря
3. местонахождение головки плода
4. наличие потуг

Правильный ответ: 4

46.Какая кровопотеря характеризуется как массивное кровотечение

1. до 500 мл
2. до 1000 мл
3. до 1000 мл и более Правильный ответ: 3

47.При обнаружении матки Кувелера следует

1. произвести перевязку сосудов матки по методу Цицишвили
2. произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки
3. ввести сокращающие матку средства
4. произвести выскабливание стенок полости матки кюреткой Правильный ответ: 2

48.Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается... 1. кровотечение

2. аномалия развития плода
3. повышенная возбудимость матки
4. пролабирование плодного пузыря Правильный ответ: 4

49.Каковы возможные методы родоразрешения при прогрессирующей отслойке нормально расположенной плаценты

1. акушерские щипцы, внутренний поворот с экстракцией плода / при наличии условий родоразрешения через естественные родовые пути/
2. кесарево сечение
3. Вакуум-экстракция плода Правильный ответ: 1, 2

50. Наиболее частой причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде является разрыв;

1. Стенок влагалища
2. Промежности
3. Тела матки
4. Шейки матки
5. Больших и малых половых губ

Правильный ответ: 4

51.Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. Формированием матки Кувелера
2. Интранатальной гибелью плода
3. Развитием ДВС синдрома
4. Геморрагическим шоком
5. Всем вышеперечисленным Правильный ответ: 5

52.При дискоординированной родовой деятельности наблюдается:

1. Нарушение ритма сокращений различных отделов матки
2. Дистоция шейки матки
3. Гипертонус нижнего сегмента
4. Все выше перечисленное
5. Ничего из выше перечисленного Правильный ответ: 4

53. Показаниями к кесареву сечению при тазовом предлежании являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. Возраста первородящей более 30 лет
2. Анатомически узкого таза
3. Смешанного ягодичного предлежания
4. Пороков развития плода
5. Ножного предлежания Правильный ответ: 4

54. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

1. Преэклампсии
2. Воспалительных изменениях эндометрия
3. Инфекционно-аллергическом васкулите
4. Иммунологическом конфликте между матерью и плодом
5. Многоплодной беременности Правильный ответ: 1

55. Укажите факторы, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:

1. Пожилой возраст первородящей
2. Много – и маловодие
3. Перенашивание беременности
4. Искусственное и самопроизвольное прерывание беременности
5. Все перечисленное Правильный ответ: 5

56. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

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

Правильный ответ: 3

57. В группу риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся все родильницы, кроме:

1. Больных с миомой матки
2. Тех, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности
3. Родивших ребенка с массой тела более 4000г
4. Многорожавших женщин
5. Тех, у кого произошло преждевременное излитие околоплодных вод Правильный

ответ: 5

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

1. Нарушение в системе гемостаза
2. Частичное плотное прикрепление плаценты
3. Частичное приращение плаценты
4. Разрыв шейки матки
5. Дефект последа

Правильный ответ: 2

59.Первоочередной задачей инфузионно – трансфузионной терапии при массивной кровопотере и гемморрагическом шоке в родах является:

1. Коррекция водно – электролитного баланса
2. Возмещение объема эритроцитов
3. Восполнение ОЦК и восстановление микроцикуляции
4. Коррекция белкового баланса
5. Ковышение свертываемости крови

Правильный ответ: 3

60.Что следует предпринять в первую очередь при патологической кровопотере в раннем послеродовом периоде:

1. Прижать аорту
2. Ввести средства, вызывающие сокращение матки
3. Наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву
4. Произвести ручное обследование стенок послеродовой матки
5. Осмотреть мягкие ткани родовых путей

Правильный ответ: 4

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

1. Ввести средства, вызывающие сокращение матки
2. Применить метод Креде – Лазаревича
3. Приметь прием Абуладзе
4. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
5. Ввести спазмолитические средства

Правильный ответ: 4

62.В случае приращения плаценты ворсины хориона прикрепляются в пределах:

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

Правильный ответ: 2

63.Клиническая картина при предлежании плаценты характеризуется:

1. Возникновением кровотечения из половых путей
2. Повторяемостью кровотечения из половых путей
3. Высоким процентом косых и поперечных положений плода
4. Высоким процентов преждевременных родов
5. Все выше перечисленно

Правильный ответ: 5

64.Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить:

1. Состояние родовых путей
2. Состояние плода
3. Кровопотерю

4. Состояние свертывающей системы крови
5. Все выше перечисленное Правильный ответ: 5

65.С какой акушерской патологией следует дифференцировать отслойку нормально расположенной плаценты?

1. Разрыв матки
2. Предлежание плаценты
3. Прободная язва желудка
4. Перфоративный холецистит
5. Желудочно-кишечное кровотечение Правильный ответ: 2

66.Какие мероприятия необходимо проводить в I очередь при постановке диагноза предлежание или отслойка плаценты ? 1. Противошоковые мероприятия

2. Экстренное кесарево сечение
3. Восполнение ОЦК
4. Спазмолитические средства
5. Токолитическая терапия

Правильный ответ: 2

67.Какая кровопотеря характеризуется как массивное кровотечение

1. до 250 мл
2. до 500 мл
3. до 1000 мл
4. до 1000 мл и более
5. до 1500 мл и более Правильный ответ: 4

68. Какие клинические симптомы характеризуют угрожающий разрыв матки ?

1. Возбуждение
2. Тахикардия
3. Выраженный болевой синдром
4. Перерастяжение нижнего сегмента
5. Все выше перечисленное Правильный ответ: 5

69.Уплощение верхнего треугольника пояснично – крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза

1. Поперечно-суженного
2. Простого плоского
3. Плоско-рахитического
4. Общеравномерносуженного
5. Кососмещенного

Правильный ответ: 5

70.Для лактостаза характерно:

1. значительное равномерное нагрубание молочных желез
2. умеренное нагрубание молочных желез
3. температура тела 40⁰С, озноб
4. свободное отделение молока
5. повышение артериального давления Правильный ответ: 1

71. Для послеродового мастита не характерно:

1. повышение температуры тела с ознобом
 2. нагрубание молочных желез
 3. болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
 4. свободное отделение молока
 5. гиперемия молочной железы
- Правильный ответ: 4

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

1. массивной кровопотерей и геморрагическим шоком
2. наличием исходной патологии системы гемостаза
3. преждевременной отслойкой плаценты в родах
4. длительной задержкой мертвого плода в полости матки
5. все перечисленное выше.

Правильный ответ: 5

73. Условия для наложения акушерских щипцов?

1. достаточные размеры таза
2. целый плодный пузырь
3. неподвижная головка, стоящая во входе в малый таз
4. живой плод

Правильный ответ: 1, 4

74. Показания к наложению щипцов:

1. неправильный ритм сердцебиений плода
2. пороки сердца в стадии декомпенсации
3. начавшаяся отслойка плаценты
4. Все перечисленное

Правильный ответ: 4

75. Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:

1. респираторный дистресс-синдром
2. геморрагическая болезнь новорожденных
3. пороки развития
4. желтуха новорожденных
5. инфекции

Правильный ответ: 1

76. Наиболее частая причина желтухи новорожденных на 2 й или 3 й день:

1. несовместимость групп крови
 2. физиологическая желтуха
 3. септицемия
 4. сифилис
 5. лекарственные препараты
- Правильный ответ: 2

77. Укажите характерные ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода:

1. маловодие
2. преждевременное «старение» плаценты
3. утолщение плаценты
4. гепатомегалия

Правильный ответ: 3, 4

78. При какой стадии АГ можно пролонгировать беременность

1. IА стадия
2. IБ стадия
3. IIА стадия
4. IIБ стадия
5. III стадия

Правильный ответ: 1, 2

79. При неоднократном измерении АД у беременной в течение одного часа достоверными будут следующие показания:

1. самые низкие
2. самые высокие
3. средние
4. первоначальные
5. самые последние цифры АД, измеренные в конце часа

Правильный ответ: 1

80. Беременность в III триместре способствует:

1. нормализации АД
2. снижению АД
3. повышению АД

Правильный ответ: 3

81. Состояние глазного дна при артериальной гипертонии отражает:

1. тяжесть течения гипертонической болезни
2. эффективность проводимой терапии

Правильный ответ: 1, 2

82. Изменения функции почек при гипертензивном почечном синдроме выражается:

1. в уменьшении почечного кровотока
2. увеличении почечного кровотока
3. микропротеинурии
4. макрогематурии
5. микрогематурии
6. нарушение концентрационной способности почек
7. в развитии хронической почечной недостаточности

Правильный ответ: 1,3,5,6,7

83. Лечение беременных с гипертонической болезнью симпатолитиками:

1. следует прекратить за 2 недели до кесарева сечения
2. необходимо снизить дозировку препаратов за 2 недели до кесарева сечения
3. необходимо увеличить дозировку за 7-10 дней до кесарева сечения

Правильный ответ: 1

84. Допегит оказывает воздействие на:

1. центральную нервную регуляцию сосудистого тонуса
2. периферическую нервную регуляцию сосудистого тонуса
3. задерживает калий в организме

4. выводит воду из организма
5. задерживает воду в организме
6. выводит калий из организма
7. задерживает натрий в организме
8. выводит натрий из организма Правильный ответ: 1,2,5,7

85. Назовите препараты для управляемой гипотонии:

1. ганглиоблокаторы
2. обдизан
3. клофелин
4. аминазин
5. сернокислая магнезия
6. эуфиллин
7. дибазол

Правильный ответ: 1, 5

86. Для гипотонии характерно:

1. жалоб нет
2. общая слабость
3. повышенная утомляемость
4. головная боль
5. головокружение
6. нарушение сна
7. потливость
8. зябкость кистей и стоп
9. мелькание "мушек" в глазах
10. парестезии
11. эмоциональная неустойчивость Правильный ответ: 2,3,5,7,8,9,10

87. Артериальная гипотония декомпенсированная:

1. является показанием для прерывания беременности
2. не является показанием для прерывания беременности Правильный

ответ: 2

88. Миома матки является фактором риска по развитию рака:

1. трубы
2. молочной железы
3. губы
4. толстой кишки
5. эндометрия
6. яичника
7. почки
8. кожи

Правильный ответ: 2,5,6

89. Сочетание миомы матки и атипической гиперплазии эндометрия у женщин 40 лет, проявляющаяся в гиперполименорее.

Ваша тактика:

1. вылушивание узлов с последующей гормонотерапией
2. гормонотерапия чистыми прогестинами
3. ампутация матки с придатками
4. ампутация или экстирпация матки без придатков
5. гормонотерапия норколутом

Правильный ответ: 4

90. Интрамуральная миома и беременность представляет опасность развития таких осложнений как:

1. преждевременные роды
2. эмболия околоплодными водами
3. слабость родовой деятельности
4. разрыв матки
5. кровотечение в послеродовом периоде
6. метроэндометрит

Правильный ответ: 1,2,3,5

91. Пути возникновения септических заболеваний тазовой брюшины и придатков:

1. лимфогенный
2. гематогенный
3. каналикулярный
4. нисходящий

Правильный ответ: 2,3

92. Основными клиническими симптомами тубовариальных абсцессов являются:

1. лихорадка 38 град. и выше
2. обильные кровотечения из половых путей
3. нарушение менструальной функции
4. боли внизу живота
5. резкое падение АД
6. тахикардия

Правильный ответ: 1,3,4,6

93. О какой патологии может идти речь при следующей картине влагалищного исследования: шейка чистая, зев закрыт. Матка при смещении резко болезненна. Во влагалище гнойные выделения. Матка не контурируется. Справа и слева в области придатков опухолевидные образования без четких контуров. Неподвижные, резко болезненные. Своды нависают.

1. прервавшаяся трубная беременность
2. апоплексия яичника
3. тубовариальные абсцессы с обеих сторон

Правильный ответ: 3

94. Характерно ли для пельвиоперитонита нарушение функции кишечника:

1. да
2. нет

Правильный ответ: 1

95. Для гонорейного перитонита характерно:

1. высокая температура
2. резкие боли в животе

3. тахикардия
 4. резкое ухудшение общего состояния
 5. плохо поддается лечению
 6. быстрое стихание симптомов после назначения антибиотиков
- Правильный ответ: 1,2,3,6

96. Наиболее часто встречающиеся возбудители острых воспалительных заболеваний женских половых органов:

1. стафилококк
2. стрептококк
3. гонококк
4. клебсиела
5. синегнойная палочка
6. смешанная флора

Правильный ответ: 1,3,4,6

97. Всегда ли необходима операция при перитоните генитальной этиологии:

1. да
2. нет

Правильный ответ: 2

98. Для лечения железодефицитной анемии при миоме матки применяют следующие препараты:

1. фолиевая кислота
2. метионин
3. преднизолон
4. гистидин
5. препараты железа

Правильный ответ: 1, 2, 5.

99. Проводной точкой на головке плода при плоскорохитическом тазе:

1. малый родничок
2. большой родничок
3. условно большой родничок
4. переносье
5. лоб

Правильный ответ: 2

100. Какое движение совершает головка во входе в малый таз при простом плоском тазе:

1. разгибание
 2. сгибание
 3. опускание
 4. максимальное разгибание
 5. максимальное сгибание
- Правильный ответ: 1.

101. Анализ гинекологической помощи должен содержать информацию о

1. выполненных исследованиях;
2. выявленных гинекологических заболеваниях (совокупно и по нозологиям);
3. выявленных случаях гонореи, сифилиса, ВИЧ инфекции и др;

4. используемых препаратах в лечении гинекологических заболеваний. Правильный ответ: 1, 2, 3

102. Беременная женщина с преждевременными родами, включая дородовое излитие околоплодных вод, может быть направлена в акушерский стационар второй группы

1. даже при наличии возможности направления в акушерский стационар третьей группы; 2. при наличии возможности в акушерском стационаре оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме;

3. при отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы; 4. при сроке беременности 33 — 36 недель; 5. при сроке беременности менее 32 недель. Правильный ответ: 2, 3, 4

103. Беременных женщин направляют в акушерские стационары первой группы, при условии

1. неосложненной многоплодной беременности;
2. отсутствия в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;
3. отсутствия специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности;
4. отсутствия экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины;
5. соматического состояния женщины, не требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний. Правильный ответ: 2, 3, 4, 5

104. В зависимости от степени риска возникновения осложнений листы маршрутизации позволяют предоставить для беременных женщин, рожениц и родильниц

1. дифференцированный объем лечения;
2. дифференцированный объем медицинского обследования; 3. обследование на наследственные заболевания у новорожденных;
4. организацию питания женщин.

Правильный ответ: 1, 2

105. В компетенцию женских консультаций входит

1. выполнение малых гинекологических операций;
2. осуществление оперативного родоразрешения;
3. осуществление прерывания беременности в ранние сроки;
4. осуществление прерывания беременности на поздних сроках.

Правильный ответ: 1, 3

106. В сфере оказания медицинской помощи важными являются следующие аспекты

1. доступность и качество медицинской помощи;
2. недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
3. приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; 4. снижение роли профилактики в сфере охраны здоровья;
5. соблюдение врачебной тайны.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5

107. В сферу деятельности женской консультации входит проведение мероприятий в области 1. информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни; 2. профилактики абортов;

3. профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ — инфекции;
4. профилактики инфекций, передаваемых трансмиссивно;
5. сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5

108. Важное место в развитии здравоохранения отводят приоритетному национальному проекту «Здоровье». Основные направления проекта

1. повышение доступности высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи;
2. повышение доступности лекарственного обеспечения населения;
3. развитие первичной медицинской помощи;
4. развитие профилактического направления медицинской помощи, пропаганда здорового образа жизни.

Правильный ответ: 1, 2, 3

109. Высокотехнологичная медицинская помощь

1. выполняется с использованием сложных и/или уникальных медицинских технологий;
2. комплекс высокоспециализированных лечебных и диагностических медицинских мероприятий;
3. полное или частичное возмещение затрат на лечение осуществляют за счёт средств федерального бюджета;
4. проводится в условиях дневного стационара;
5. проводится в условиях стационара. Правильный ответ: 1, 2, 3, 5

110. Высокотехнологичную (дорогостоящую) акушерскую и гинекологическую медицинскую помощь осуществляют в

1. в областной, краевой, республиканской, окружной больнице;
2. в перинатальном центре;
3. в центрах медицины катастроф;
4. федеральных специализированных медицинских учреждениях. Правильный ответ: 4

111. Двухсменный режим работы дневного стационара позволяет осуществлять

1. комплексные профилактические и оздоровительные мероприятия женщинам из групп риска повышенной заболеваемости;
2. оперативное лечение больных с сочетанной патологией;
3. осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных;
4. подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания; 5. сложные диагностические исследования и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий. Правильный ответ: 1, 3, 4, 5

112. Порядок организации деятельности родильного дома (отделения) регламентирована Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869) В нём утверждены

1. структура родильного дома (отделения);
2. функции родильного дома;
3. рекомендуемые штатные нормативы родильного дома (отделения).

Правильный ответ: 1, 2, 3

113. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы

1. высших и средних медицинских образовательных учреждений;
2. научных учреждений;
3. учреждений дополнительного медицинского образования;
4. учреждений фармацевтического образования. Правильный ответ: 1, 2, 3

114. Женская консультация осуществляет анализ показателей

1. качества медицинской помощи;
2. работы женской консультации;
3. рождаемости и смертности;
4. эффективности медицинской помощи. Правильный ответ: 1, 2, 4

115. Женская консультация осуществляет следующие функции

1. диспансерное наблюдение беременных;
 2. консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов;
 3. обеспечения детей, беременных женщин и кормящих матерей продуктами питания;
 4. обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;
 5. организация и проведение профилактических осмотров женского населения.
- Правильный ответ: 1, 2, 4, 5

116. Заболевания органов зрения, требующие направления беременных женщин в акушерские стационары третьей А группы

1. глаукома;
2. миопия I и II степени;
3. миопия высокой степени с изменениями на глазном дне;
4. отслойка сетчатки в анамнезе. Правильный ответ: 1, 3, 4

117. Задачи муниципальных организаций акушерско-гинекологической службы

1. ведут статистический учёт, представляют и публикуют статистическую отчётность по службе;
2. разрабатывают план мероприятий, обеспечивающий выполнение программы государственных гарантий с учётом местных условий;
3. разрабатывают план развития службы и целевые программы, которые согласуют со стратегическими планами субъекта РФ;
4. формируют планы муниципальных учреждений;
5. формируют планы направлений в специализированных центрах и лечебнопрофилактических учреждениях федерального уровня.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5

118. Задачи организаций акушерско-гинекологической службы федерального уровня 1. вносят перечень видов акушерско-гинекологической помощи в программу государственных гарантий;

2. обеспечивают повышение квалификации кадрового состава лечебно-профилактических учреждений;

3. определяют стратегические задачи службы и планы по их реализации, прогнозируют развитие службы;

4. осуществляют методическое руководство профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной профильной помощью населению;

5. утверждают единые для страны методологии планирования и нормирования путём разработки нормативно-правовых актов, отраслевых стандартов, номенклатуры специальностей, типовых категорий учреждений. Правильный ответ: 1, 3, 4, 5

119. Задачи региональных организаций акушерско-гинекологической службы

1. определяют объём профильной помощи в территориальной программе государственных гарантий и обеспечивают её реализацию;

2. отвечают за техническое обеспечение медицинских учреждений;

3. разрабатывают стратегические планы развития акушерско-гинекологической службы и со ответствующие целевые программы;

4. согласовывают стратегические и текущие планы по профильной службе муниципальных образований;

5. утверждают планы медицинских учреждений, находящихся в собственности субъектов РФ.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5

120. Значение системы охраны материнства и детства обусловлено ее огромной ролью в

1. решении демографических проблем;

2. снижении материнской и младенческой смертности; 3. снижении средних показателей возраста рожениц;

4. сохранении репродуктивного здоровья женщин.

Правильный ответ: 1, 3, 4

121. К специфическим осложнениям гестационного процесса относятся

1. задержка внутриутробного роста плода;

2. наследственная коагулопатия;

3. отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде; 4. преждевременные роды. Правильный ответ: 1, 3, 4

122. К третьей А группе акушерских стационаров относятся

1. акушерские стационары федеральных медицинских организаций;

2. акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога;

3. акушерские стационары, имеющие в своей структуре акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

4. акушерские стационары, имеющие в своей структуре отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Правильный ответ: 3, 4

123. Ко второй группе акушерских стационаров относятся

1. акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога;
2. акушерские стационары, имеющие в своей структуре отделение патологии новорожденных и недоношенных детей;
3. акушерские стационары, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
4. межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Правильный ответ: 3, 4

124. Конкретные задачи в отношении акушерско-гинекологической службы решают

1. Департамент анализа и прогноза развития здравоохранения и социальнотрудовой сферы;
2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
3. Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи;
4. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию;
5. Фонд президентских грантов.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

125. Объём медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара женской консультации, как правило, включает

1. восстановительное лечение;
2. лабораторно-диагностическое обследование;
3. медикаментозную терапию;
4. физиотерапевтическое лечение. Правильный ответ: 1, 2, 3

126. Основными принципами охраны здоровья в Российской Федерации являются

1. приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
2. приоритет интересов страховых компаний при оказании медицинской помощи;
3. приоритет охраны здоровья детей;
4. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
5. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья. Правильный ответ: 1, 3, 4, 5

127. Оценку качества оказания медицинской помощи на любом уровне проводят на основании 1. лечебно-диагностических возможностей лечебного учреждения;

2. общих показателей медицинской помощи по основным направлениям деятельности учреждения;
3. отзывов на интернет-ресурсах и СМИ;
4. удовлетворённости оказанными медицинскими услугами пациенток. Правильный ответ: 1, 2, 4

128. Специализированная акушерская и гинекологическая помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов РФ

1. в центрах медицины катастроф;
2. диспансер;
3. областная, краевая, республиканская, окружная больница;
4. специализированная больница, госпиталь, перинатальный центр. Правильный

ответ: 2, 3, 4

129. Руководство женской консультацией, созданной как самостоятельное лечебнопрофилактическое учреждение, осуществляет

1. главный врач;
2. заведующий ЛПУ;
3. заведующий отделением; 4. окружной акушер-гинеколог. Правильный ответ: 1

130. Скорая акушерско-гинекологическая помощь (санитарно-авиационная) может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов РФ 1. в областной, краевой, республиканской, окружной больнице;

2. в перинатальном центре; 3. в специализированной больнице;

4. в центрах медицины катастроф.

Правильный ответ: 1, 2, 4

131. Выберите, необходимое оптимальное обследование для постановки диагноза «миома матки»:

1. общий анализ крови;
2. общий анализ мочи;
3. вагинальный осмотр;
4. флюорография;
5. ЭКГ;
6. УЗИ;

Правильный ответ: 1, 3, 6

132. Абсцесс молочной железы на различных этапах своего формирования при ультразвуковом исследовании будет иметь:

1. Различную эхографическую картину.
2. Примерно одинаковую картину Правильный ответ: 2

133. Перечислите органы-мишени женских половых гормонов:

1. волосяные фолликулы
2. жировая ткань
3. эндометрий матки
4. ткань молочных желез
5. эпителий влагалища
6. костная ткань 7. все перечисленное. Правильный ответ: 7

134. В диагностике переносимости беременности помогают следующие методы исследования

1. аминоскопия

2. ЭКГ и ФКГ плода
3. динамика изменения окружности живота и высоты дна матки
4. кольпоцитология
5. все перечисленные Правильный ответ: 5

135. Для диагностики подслизистой миомы матки при гистеросальпингографии лучше использовать контрастные вещества

1. водорастворимые
2. жирорастворимые
3. и те, и другие
4. ни те, ни другие

Правильный ответ: 1

136. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить

1. на 7-8-й день менструального цикла
2. на 1-5-й день менструального цикла
3. на 20-25-й день менструального цикла
4. на 26-28-й день менструального цикла Правильный ответ: 1

137. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме

1. острого воспалительного процесса в придатках
2. выраженного спаечного процесса в брюшной полости
3. нарушенной маточной беременности
4. тяжелого общего состояния больной Правильный ответ: 1

138. На регуляцию менструального цикла оказывают влияние:

1. опиоидные пептиды
2. простагландины
3. фоллиберин
4. люлиберин
5. пролактостатин 6. все перечисленное. Правильный ответ: 6

139. Эхографическими признаками внутреннего эндометриоза являются:

1. эхонегативные кистозные включения в миометрии.
2. увеличение переднезаднего размера тела матки.
3. асимметрия толщины передней и задней стенок матки.
4. гиперэхогенный ободок вокруг кистозных включений в миометрии.
5. верно все. Правильный ответ: 1

140. Лютеиновая фаза овариально-менструального цикла характеризуется:

1. различной продолжительностью
2. ростом и развитием фолликулов яичника
3. секрецией эстрогенов
4. низкой базальной температурой тела
5. секрецией прогестерона. Правильный ответ: 5

141. Полость матки выстилается:

1. цилиндрическим эпителием
2. кубическим эпителием
3. железистым эпителием 4. мерцательным эпителием. Правильный ответ: 3

142. Нормальная среда влагалища поддерживается всеми перечисленными факторами, кроме:

1. pH = 4,5
2. палочек Дедерлейна
3. эстрогенов
4. кишечной палочки 5. молочной кислоты. Правильный ответ: 4

143. Какие из тестов функциональной диагностики свидетельствуют о полноценной II-фазе цикла:

1. симптом "зрачка"
2. симптом папоротника
3. симптом натяжения шейной слизи
4. кольпоцитологическое исследование 5. измерение базальной температуры.
6. 18-20 сутки.

Правильный ответ: 5

144. При ультразвуковом исследовании плаценты ее толщина (при наличии отечной формы гемолитической болезни плода) чаще всего составляет

1. 0.2-0.5 см
2. 0.6-0.8 см
3. 0.9-1.5 см
4. 2-3 см
5. 4 см и более

Правильный ответ: 3

145. Зондирование матки производится:

1. без местного обезболивания
2. под местным обезболиванием
3. под наркозом
4. после предварительного расширения расширителями Гегара. Правильный ответ: 3

146. Мазки на степень чистоты влагалища берутся:

1. из преддверия влагалища
2. из средней трети влагалища 3. из задне-боковых сводов 4. после спринцевания. Правильный ответ: 3

147. Укажите современные методы обследования для выявления гинекологических больных:

1. ультразвуковой метод
2. иммунологические реакции
3. гормональные пробы
4. приемы Леопольда 5. тазоизмерение

Правильный ответ: 1, 2, 3

148. При проведении морфологического исследования заподозрить рак шейки матки позволяют следующие данные

1. полиморфизм клеток и их ядер
2. гиперхроматоз ядер клеток
3. нарушение слоистости эпителиального пласта
4. ничего из перечисленного
5. все перечисленные Правильный ответ: 5

149. Тазовую ангиографию назначают при опухолях половых органов с целью

1. уточнения локализации
2. уточнения глубины прорастания
3. изучения и оценки динамики опухолевого процесса после лечения
4. дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных процессов
5. всего перечисленного Правильный ответ: 5

150. Перечислите области применения и задачи кольпоскопии:

1. диагностика заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы;
2. оценка состояния эпителия нижнего отдела гениталий;
3. выполнение лечебных процедур под контролем кольпоскопии;
4. оценка результатов лечения заболеваний нижних отделов половой сферы;
5. ранняя диагностика рака шейки матки;
6. выявление локализации и границ очага поражения; 7. динамическое наблюдение.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

151. К фоновым процессам шейки матки относятся

1. дисплазия
2. карцинома in situ
3. эндоцервикоз
4. эритроплакия
5. лейкоплакия с атипией Правильный ответ: 3

152. К гиперпластическим процессам, связанным с гормональными нарушениями, относятся

1. истинная эрозия
2. цервицит
3. шеечно-вагинальные свищи
4. дисплазия
5. эктопия

Правильный ответ: 5

153. К фоновым воспалительным процессам шейки матки относятся

1. дисплазия
2. истинная эрозия
3. эктопия
4. лейкоплакия
5. эндометриоз

Правильный ответ: 2

154. У женщины 23 лет выявлена эктопия шейки матки. При цитологическом исследовании - клетки плоского и промежуточного слоев. При кольпоскопии - эктопия. Тактика включает

1. наблюдение
 2. криодеструкцию
 3. иссечение
 4. электрокоагуляцию
 5. электроконизацию
- Правильный ответ: 1

155. К фоновым посттравматическим процессам шейки матки относятся

1. дисплазия
2. эктропион
3. эндоцервикоз
4. лейкоплакия
5. цервицит

Правильный ответ: 2

156. При лечении фоновых процессов шейки матки можно использовать

1. криодеструкцию
 2. электрокоагуляцию
 3. электроконизацию
 4. лазерное лечение
 5. все ответы правильные
- Правильный ответ: 2

157. 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. иссечение
 2. наблюдение
 3. электрокоагуляцию
 4. криодеструкцию
 5. конизацию шейки матки
- Правильный ответ: 2

158. 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. наблюдение
 2. диатермокоагуляцию
 3. криодеструкцию шейки матки
 4. конизацию шейки матки
 5. все перечисленное
- Правильный ответ: 4

159. Выраженная дисплазия относится

1. к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
2. к фоновым процессам, связанным с воспалением
3. к предраку
4. к раннему раку

Правильный ответ: 3

160. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

1. цитологическое исследование
 2. гистологическое исследование
 3. осмотр в зеркалах
 4. кольпоскопия
- Правильный ответ: 2

161. Для лечения выраженной дисплазии влагалищной порции шейки матки у женщины 30 лет целесообразно использовать

1. электрокоагуляцию
 2. ампутацию шейки матки
 3. конизацию шейки матки
 4. экстирпацию матки с придатками
- Правильный ответ: 3

162. К предраку шейки матки относится

1. эндоцервикоз
 2. эндометриоз
 3. эктропион
 4. дисплазия
 5. карцинома in situ
- Правильный ответ: 4

163. Для уточненной диагностики предрака шейки матки целесообразно проводить

1. осмотр в зеркалах
2. кольпоскопию
3. цитологическое исследование
4. гистологическое исследование
5. все перечисленное

Правильный ответ: 5

164. Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать

1. диатермокоагуляцию
 2. криодеструкцию
 3. конизацию шейки матки
- Правильный ответ: 2, 3

165. К наиболее часто встречающимся злокачественным опухолям яичников относятся

1. эпителиальные
 2. стромы полового тяжа
 3. герминогенные
 4. метастатические
- Правильный ответ: 1

166. Для метастатических опухолей яичников является характерным

1. молодой возраст
 2. подвижность опухолей
 3. быстрый рост
 4. все перечисленное
- Правильный ответ: 4

167. Диатермокоагуляцию шейки матки можно выполнять

1. при фоновом процессе
 2. при слабой дисплазии
 3. при выраженной дисплазии
 4. при интраэпителиальном раке
- Правильный ответ: 1, 2

168. Для возникновения рака шейки матки наибольшее значение придается

1. вирусу папилломы человека
 2. разрывам шейки в родах
 3. курению
 4. все ответы верные
- Правильный ответ: 1, 2

169. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется

1. на влагалищной порции шейки матки
 2. в нижней трети цервикального канала
 3. в средней трети цервикального канала
 4. в верхней трети цервикального канала
 5. одинаково часто
- Правильный ответ: 1

170. При раке шейки матки чаще встречаются следующие морфологические формы рака

1. плоскоклеточный
 2. аденокарцинома
 3. светлоклеточный
 4. недифференцированный
- Правильный ответ: 1

171. Регионарными лимфоузлами при раке шейки матки являются:

1. запирательные
2. наружные и внутренние подвздошные
3. общие подвздошные
4. парааортальные
5. паховые

Правильный ответ: 1, 2, 3

172. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки относятся метастазы в лимфатические узлы

1. запирательные
 2. внутренние подвздошные
 3. наружные подвздошные
 4. общие подвздошные
 5. парааортальные
- Правильный ответ: 5

173. Базальноклеточная гиперплазия может быть связана

1. с беременностью
 2. с хроническим цервицитом
 3. с заживлением эрозии
- Правильный ответ: 3

174. Интраэпителиальный рак шейки матки характеризуется

1. распространением в железы шейки матки
2. отсутствием инвазии

3. наличием атипических клеток
4. большим количеством патологических митозов
5. всем перечисленным Правильный ответ: 5

175. Рак шейки матки чаще всего возникает

1. у внутреннего зева
2. у границы плоского и цилиндрического эпителиев
3. на влагалищной порции шейки матки
4. в железах шейки матки Правильный ответ: 2

176. Хирургическая ножка кисты яичника включает:

1. маточная труба
2. воронкотовая связка
3. собственная связка яичника
4. задний листок широкой связки Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

177. Анатомическая ножка кисты яичника включает:

1. маточная труба
2. воронкотовая связка
3. собственная связка яичника
4. задний листок широкой связки Правильный ответ: 2, 3, 4

178. В результате чего возникает картина острого живота при перекрутке кисты:

1. нарушение питания в кисте
2. присоединение инфекции
3. раздражение брюшины истекшим содержимым кисты Правильный ответ: 1

179. Для перекрута ножки кисты характерны следующие симптомы:

1. резкие боли в животе
2. связь с серединой менструального цикла
3. парез кишечника
4. кровотечение из цервикального канала
5. синдром Щеткина-Блюмберга
6. симптомы внутрибрюшного кровотечения
7. боли, постепенно нарастающие Правильный ответ: 3, 5, 7

180. Возможна ли выжидательная тактика при подозрении на перекрут придатков:

1. да
2. нет

Правильный ответ: 2

181. Объем операции при перекруте кисты яичника:

1. удаление придатков матки с одной стороны
2. раскручивание ножки кисты
3. цистэктомия
4. в зависимости от возраста
5. в зависимости от гистологической структуры Правильный ответ: 1, 4, 5

182. У больной с наличием опухолевидного образования в малом тазу присоединились: озноб, повышение температуры, лейкоцитоз, симптомы раздражения брюшины, боли в животе. Это может говорить за:

1. аппендицит
2. нагноение кисты
3. некроз миоматозного узла
4. эндометриоз
5. распад раковой опухоли 6. эллиптоидит

Правильный ответ: 2, 5

183. После вагинального осмотра у больной с кистой яичника появились резкие боли в животе, симптомы шока и кровоотечения. При повторном осмотре кисты не обнаружено. Что произошло ?

1. разрыв капсулы кисты
2. перекрут ножки кисты
3. апоплексия яичника

Правильный ответ: 1

184. В какую фазу цикла чаще всего наблюдается апоплексия яичника:

1. I фаза
2. овуляция
3. стадия васкуляризации и расцвета желтого тела

Правильный ответ: 2, 3

185. Возможно ли консервативное ведение больных с апоплексией яичника:

1. да
2. нет

Правильный ответ: 1

186. Каков объем оперативного вмешательства при разрыве желтого тела во время беременности:

1. удаление яичника
2. резекция яичника в пределах здоровой ткани
3. ушивание разрыва

Правильный ответ: 3

187. С какой стороны чаще всего встречается перекрут придатков матки:

1. справа
2. слева

Правильный ответ: 1

188. Основными причинами возникновения внематочной беременности являются:

1. воспалительные заболевания придатков матки
2. несовместимость спермы мужа со средой влагалища жены
3. половой инфантилизм
4. нарушение перистальтики маточных труб
5. эндокринные расстройства 6. повышенная активность трофобласта

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5, 6

189. Где наиболее часто возникает внематочная беременность

1. интерстициальный отдел трубы
2. яичник
3. ампулярный отдел трубы
4. шейка матки

Правильный ответ: 3

190. Особенности болевого синдрома при прервавшейся внематочной беременности по типу разрыва трубы:

1. схваткообразные тазовые боли
2. схваткообразные тазовые боли с иррадиацией в прямую кишку
3. постепенно нарастающие боли
4. тупые тянущие боли
5. перемежающиеся тазовые боли
6. тазовые боли островосникающие с иррадиацией в надключичной области

Правильный ответ: 6

191. Каковы противопоказания для консервативной операции на маточной трубе при внематочной беременности: 1. массивная кровопотеря

2. обширный разрыв трубы
 3. давно прервавшаяся беременность
 4. наличие резких воспалительных изменений в придатках матки
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

192. Оптимальными видами анестезии при операциях на органах брюшной полости у беременных являются

1. фторотановый наркоз
2. многокомпонентный комбинированный эндотрахеальный наркоз
3. эпидуральная анестезия

Правильный ответ: 2, 3

193. Причины возникновения предменструального синдрома:

1. избыток эстрогенов
2. избыток прогестерона
3. уменьшение уровня дофамина в крови
4. уменьшение пролактина
5. дефицит ионов Mg^{++}
6. избыток ионов Mg^{++}

Правильный ответ: 1, 3, 5

194. Укажите наиболее целесообразные методы обследования по выявлению патологических состояний эндометрия в предоперационном периоде у женщины с миомой матки:

1. метросальпингография
2. раздельное диагностическое выскабливание
3. взятие аспирата из полости матки на атипические клетки
4. гистероскопия

Правильный ответ: 2, 3

195. В какие сроки после консервативной миомэктомии можно разрешить беременность ?

1. спустя 5-6 месяцев

2. спустя 9 -12 месяцев 3. через 1,5 - 2 года

Правильный ответ: 3

196. Укажите метод родоразрешения при беременности 37-38 недель в сочетании с множественной миомой матки, тазовые предлежания плода у первобеременной в 34 недели:

1. роды через естественные родовые пути без применения стимулирующей терапии
2. кесарево сечение в плановом порядке
3. показано родовозбуждение
4. стимуляция родовой деятельности по показаниям /слабость I и II /

Правильный ответ: 2

197. Гормонотерапию предменструального синдрома лучше применять:

1. сразу, после постановки диагноза
2. при отсутствии эффекта от симптоматической терапии
3. гормональная терапия не показана

Правильный ответ: 2

198. Характер боли при эндометриозе:

1. ноющие боли, усиливающиеся перед менструацией
2. схваткообразные боли внизу живота
3. схваткообразные боли с иррадиацией в подключичную область
4. острые, внезапно возникающие
5. боли с иррадиацией в прямую кишку в верхней трети влагалища
6. боли с иррадиацией в паховую область и конечности
7. все вышеперечисленное

Правильный ответ: 7

199. Факторы, способствующие прогрессированию эндометриоза (выбрать неправильный ответ)

1. аборты
2. криодеструкция
3. диатермокоагуляция
4. диагностическое выскабливание
5. грязевые аппликации
6. родоносовые ванны
7. беременность

Правильный ответ: 6, 7

200. При аденомиозе матки наблюдаются изменения в эндометрии (выбрать правильный ответ)

1. железистая гиперплазия эндометрия
2. железисто-кистозная гиперплазия
3. полипоз эндометрия
4. секреторная трансформация
5. очаговая гиперплазия эндометрия
6. эндометрит

Правильный ответ: 4

201. Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является

1. число женщин на участке
2. абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года
3. число осложнений после абортов
4. число абортов на 1000 женщин фертильного возраста
5. число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста

Правильный ответ: г

202. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных - это

1. число пролеченных больных в стационаре
2. число больных, направленных на санаторное лечение
3. снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
4. удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года

Правильный ответ: г

203. Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет

1. 15-20%
2. 25-30%
3. 35-40%
4. 45-50%
5. 55-60%

Правильный ответ: в

204. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является

1. число осмотренных женщин
2. число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет
3. число женщин, направленных на лечение в санаторий
4. доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин

Правильный ответ: г

205. Женская консультация является структурным подразделением

1. родильного дома
2. поликлиники
3. медсанчасти
4. санатория-профилактория

Правильный ответ: 1,2

206. Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин проводится чаще всего путем

1. лабораторного обследования
2. патронажа
3. сбора анамнеза

4. оценки пренатальных факторов риска (в баллах) Правильный ответ: 1, 3, 4

207. К наиболее прогрессивным организационным формам оздоровления беременных женщин относятся

1. дневные стационары
2. стационары на дому
3. санатории-профилактории
4. санаторные отделения для беременных Правильный ответ: 1, 2, 3, 4

208. Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа аборт, как правило, включает в себя

1. знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории
 2. выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности
 3. знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать
 4. знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий
- Правильный ответ: 1, 2, 3

209. Понятие "планирование семьи", вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям

1. избежать нежелательной беременности
2. регулировать интервалы между беременностями
3. производить на свет желанных детей
4. повышать рождаемость Правильный ответ: 1, 2, 3

210. Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные

1. с бесплодием и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции
2. с воспалительными заболеваниями женских половых органов
3. с доброкачественными опухолями половой сферы
4. с трихомониазом

Правильный ответ: 1, 2, 3

211. Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии, как правило, включает этапы

1. обследование женщины в женской консультации
2. обследование и лечение супружеской пары в консультации "Брак и семья"
3. стационарное обследование и лечение гинекологическом (урологическом) отделении больницы, профильного НИИ
4. проведение периодических медицинских осмотров Правильный ответ: 1, 2, 3

212. Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр

1. контингента женщин, работающих во вредных условиях производства
2. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу
3. больных, состоящих на диспансерном учете
4. женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний

Правильный ответ: 4

213. Под периодическими медицинскими осмотрами женщин, как правило, подразумевается осмотр

1. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу
2. рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело с вредными факторами производства

Правильный ответ: 1, 2

214. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом

1. оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию
2. профилактических осмотров на предприятиях
3. периодических осмотров декретированных контингентов
4. диспансерного наблюдения

Правильный ответ: 4

215. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам обычно проводится

1. врачом акушером-гинекологом участка
2. одним из врачей акушеров-гинекологов женской консультации
3. специально подготовленной акушеркой
4. врачом физиотерапевтом

Правильный ответ: 1, 2, 3

216. Оптимальный способ контрацепции для подростков:

1. ВМС
2. Комбинированные оральные контрацептивы
3. Депо-провера

Правильный ответ: 2

217. Какой метод контрацепции является наиболее надежным ?

1. Барьерный
2. Оральная контрацепция (гормональная)
3. Календарный метод

Правильный ответ: 2

218. Какой наиболее благоприятный возраст для деторождения?

1. До 18 лет
2. С 18 до 32 лет
3. С 32 лет

Правильный ответ: б

219. Что включают в себя международные принципы планирования семьи?

1. предупреждение беременности у женщин до 19 лет
2. предупреждение беременности у женщин до 16 лет
3. предупреждение беременности у женщин после 45 лет
4. предупреждение беременности у женщин после 35 лет
5. соблюдение интервала между родами не менее 2-2,5 лет
6. соблюдение интервала между родами более 5 лет
7. соблюдение интервала между родами не менее 2 лет

Правильный ответ: 1, 4, 5

220. Оптимальный период между родами для женщин:

1. 1 год
2. 2 года

3. пять лет и более

Правильный ответ: 2

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Беременная поступила в стационар с жалобами на боли внизу живота. При ультразвуковом исследовании выявлено: плод в головном предлежании, размеры его соответствуют 20недельному сроку беременности. Головка плода расположена очень низко. Плацента расположена на задней стенке матки, I степени зрелости, 2,1 см толщиной. Околоплодных вод умеренное количество. Отмечается участок сокращенного миометрия передней стенки матки. Сердцебиение определяется. ДИАГНОЗ. План организации акушерской помощи.

Эталон ответа.

Угроза прерывания беременности. Есть участок гипертонуса матки. Госпитализация и терапия, направленная на сохранение беременности (токолитики, спазмолитики). Профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного (дексаметазон по 12 мкг-через 12 ч еще столько же)

Ситуационная задача №2

Беременная 26 лет. Беременность 35 нед. В анамнезе 1 кесарево сечение без осложнений. Головка плода в правом подреберье, слева от входа в таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Диагноз? Организация акушерской помощи.

Эталон ответа

Диагноз. Беременность 35 нед. Косое положение плода. Пролонгирование беременности. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.

Ситуационная задача №3

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

Предполагаемый диагноз. План гинекологической помощи данной пациентке.

Эталон ответа: Эрозия шейки матки. Необходимо выполнить кольпоскопию, с последующим взятием биопсии измененного участка.

Ситуационная задача №4

Больная 30 лет, жалуется на бесплодие (в браке 6 лет). Менструации регулярные с 14 лет, муж обследован - здоров. При гистеросальпингографии - маточные трубы проходимы. Возможные причины бесплодия. План гинекологической помощи.

Эталон ответа: Эндометриоз,ановуляция, иммунологическое бесплодие. Проба Шуварского-Хунера, измерение базальной температуры,лапароскопическое исследование.

Ситуационная задача №5

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, задержка менструаций. Заболела остро: от болей внизу живота потеряла ненадолго сознание. Бледна, вялая, пульс 120ударов в минуту, АД 80 и 40 мм рт. ст. Живот мягкий, в нижних отделах болезнен,выражен симптом Щеткина. При влагалищном исследовании смещения шейки резкоболезненны. Из-за этого невозможно четко пропальпировать тело матки и придатки. Пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет. Поставьте диагноз. Тактика гинекологической помощи. **Эталон**

ответа: внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Произвести пункцию Дугласова пространства. Оперативное лечение.

Ситуационная задача № 6

Вы-ординатор, к вам обратилась женщина 25 лет, отмечающая жалобы на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

В анамнезе менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась. Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. Оцените состояние женщины.

Ваша тактика

Эталон ответа

Беременность 12 недель. Ранний токсикоз беременных, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена. Все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний токсикоз, а рвота 10 раз в сутки умеренную рвоту. Состояние женщины средней тяжести. Тактика: взятие на диспансерный учет по беременности, госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения раннего токсикоза.

Ситуационная задача № 7

Беременная Э., 36 лет, в сроке беременности 22-23 недели, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности с жалобами на раздражительность, быструю утомляемость, бессонницу, сердцебиение, повышенную потливость, дрожание рук. Беременность - вторая. Первая закончилась год назад медицинским абортom, в сроке 8 недель по медицинским показаниям. Вторая, настоящая беременность осложнилась ранним токсикозом (рвотой беременных легкой степени), угрожающим выкидышем. Лечилась самостоятельно. Принимала церукал, но-шпу, поливитамины. Страдает диффузным токсическим зобом с 22 лет. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы, повышенной влажности. Щитовидная железа при пальпации увеличена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. АД 120/80 и 130/90 мм рт. ст., Ps 104 в мин. ЧДД 22 в мин. Размеры таза: 26-28-20-19 см. Матка в повышенном тонусе, расслабляется. Положение плода продольное. Предлежит головка. Спинка справа, сзади. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Per uaginat: шейка длиной до 2,5 см, средней плотности, отклонена кзади от проводной оси таза. Наружный зев пропускает кончик пальца. Мыс не достижим. Костный таз без патологии. Предварительный диагноз?

Эталон ответа

Беременность 28 недель. Головное предлежание. Продольное положение, вторая позиция, задний вид. Угрожающие преждевременные роды. Тиреотоксикоз. ОАА. Первородящая старшего возраста.

Ситуационная задача № 8

Беременная Щ., 30 лет, доставлена в роддом 17 июля в экстренном порядке машиной скорой помощи на носилках по поводу преэклампсии с жалобами на головную боль, шум в ушах, слабость, рвоту. Беременность первая. Последняя менструация 20 января. В сроке 13-14 недель наблюдалось повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли, носовые кровотечения. По этому поводу лечилась в терапевтическом отделении в течение 3-х недель. В сроке

20-22 недели вновь появились головные боли. 17 июля состояние ухудшилось, усилились головные боли, больше в височных областях, слабость, была однократная рвота. Наследственность отягощена - у обоих родителей гипертоническая болезнь.

Состояние тяжелое. Отеки голеней, передней брюшной стенки. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 150/90 и 160/100 мм рт. ст., пульс 98 уд. в мин. Матка в повышенном тонусе. В дне матки плотная округлая часть плода. ВДМ 35 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное. Предлежит мягкая, объемная часть плода, подвижна над входом в малый таз. Спинка слева, спереди. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 156 уд/мин, слева выше пупка.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, средней плотности, расположена по проводной оси таза. Цервикальный канал проходим для пальца. Пальпируется мягкая предлежащая часть плода, прижата по входу в малый таз. Мыс не достижим. Плодный пузырь цел. Предварительный диагноз?

Эталон ответа

Беременность 34 недели. Тазовое предлежание, продольное положение, первая позиция, передний вид. Преэклампсия средней степени тяжести. Гипертоническая болезнь III степени. Внутриутробная гипоксия плода. Угрожающие преждевременные роды

Ситуационная задача №9

Беременная 36 лет. Беременность 35 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.

Диагноз? План ведения?

Эталон ответа

Беременность II, 35 недель. ОАА. Первородящая старшего возраста. Тазовое предлежание. Дородовая госпитализация в 38 недель. Планировать родоразрешение путём операции кесарево сечение.

Ситуационная задача №10

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного снаотдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в выходе малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона. Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталон ответа

2 период срочных родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция. Выходные акушерские щипцы.

Ситуационная задача №11

У повторнородящей, 26 лет установлено смешанное ягодичное Предлежание плода. Во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100

уд. В минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено: ягодицы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины. Ваша тактика?

Эталон ответа

Произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке

Ситуационная задача №12

Первый период родов у первородящей длится более 14 часов. После медикаментозного снаотдыха начался второй период, однако потуги очень слабые, редкие. Роженица дремлет. Воды подтекают окрашенные меконием. Сердцебиение плода 100 уд. в мин, глухое, аритмичное. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталон ответа

2 период срочных родов. Клинически узкий таз. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

Ситуационная задача №13

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая -срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки блед-ые, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щетки-наБлюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогах местах. Контурь матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinaram-26 см, distantia cristaram-28 см, distantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не опре-деляется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз?

Ответ. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.

Ситуационная задача №14

Роженица Р., 35 лет, поступила в роддом с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота, которые появились 6 часов назад. Спустя 1 час отошли воды в количестве более трех литров, светлые.

Из анамнеза: Беременность четвертая, первые роды в 25 лет, без особенностей. Вторая беременность закончилась медицинским абортом в сроке 12 недель, осложнившимся кровотечением по поводу остатков плодного яйца. Третьи роды - в срок - осложнились ручным отделением и выделением последа (интимное прикрепление плаценты).

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 169 см, масса тела = 74 кг. АД = 155/90 мм рт.ст., ЧСС = 80 в 1 мин. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Окружность живота = 108 см. Высота стояния дна матки = 33 см.

Положение плода поперечное, позиция 2-ая. Определяется неясная предлежащая часть, прижатая к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 176 уд в 1 мин. **Влагалищное исследование:** раскрытие шейки матки на 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий. Мыс не достигается. **Результаты стационарного исследования: Группа крови:** O (I) Rh - положительная.

ОАК: Эритроц. = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, НЬ = 103 г/л, Лейкоциты = $9,5 \cdot 10^9/л$: э = 2%, п/я = 6%, с/я = 65%; Лимф. = 7%, Мон. = 20%. Тромб. = $212 \cdot 10^9/л$. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция - кислая, белок = 0,33 г/л, сахар - отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = 4-6 в п/зр.

УЗИ: Плод соответствует доношенной беременности, поперечное положение плода, спинка обращена вниз, плацента по передней стенке, 3 степени зрелости.

КТГ: 6 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий = 10 - 20 в п/зр., лейкоциты = до 30 в п/зр. Флора - смешанная, обильно, «ключевые клетки». Гонококки и трихомонады - отр. 3. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

4. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии. **Ответ:**

3. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Второй период своевременных родов. Раннее отхождение вод. Многоводие. Запущенное поперечное положение плода, вторая позиция, задний вид. Острая гипоксия плода. Бактериальный вагиноз. Умеренная преэклампсия. Анемия 1 степени. ОАА.

Обоснование диагноза:

- Раскрытие маточного зева до 10 см является полным и завершает первый период родов; о сроке беременности можно судить по данным УЗИ (плод соответствует доношенной беременности)
- Отхождение вод до 6 см открытия является ранним;
- Количество околоплодных вод объемом в 3 литра указывает на многоводие, которое явилось причиной поперечного положения плода;
- Запущенным поперечным положение становится при неподвижности плода из-за отхождения задних околоплодных вод, плотного охвата и вколачивания плечика в плоскости входа в малый таз;

- Значительное сдавление плода из-за отсутствия задних вод, вызвало острую гипоксию плода, что подтверждено КТГ исследование в 6 баллов и частотой приглушенного сердцебиения 176 ударов в минуту;
- Бактериальный вагиноз - наличие «ключевых» клеток и смешанной микрофлоры при микроскопии влагалищного мазка на фоне нормального количества лейкоцитов
- Умеренная преэклампсия - на основании увеличения АД- 155/90, протеинурии- 0,33г/л; Анемия 1 степени - уровень гемоглобина 103 г/л.
- Акушерский анамнез отягощен абортом с кровотечением, а при второй беременности - интимным прикреплением последа с ручным отделением последа и кровотечением при вторых родах.

Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация в родильное отделение. Лечебные мероприятия должны включать:

- 4) Дача наркоза для снятия родовой деятельности, как профилактика развития возможного разрыва матки.
- 5) Срочное родоразрешение (вколоченное плечико, острая гипоксия плода, безводный промежуток 5 часов) путем корпорального кесарева сечения под интубационным наркозом.
- 6) Интраоперационно и в послеоперационном периоде - антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия.

4. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимость в дополнительных исследованиях отсутствует, однако представляется целесообразной консультация анестезиологом-реаниматологом для подготовки к срочному родоразрешению. Необходимо также исследование уровня железа в сыворотке крови и ОЖСС (для уточнения генеза анемии и решения вопроса о этиопатогенетическом её лечении).

Ситуационная задача №15

Беременная Д., 30 лет, поступила в роддом в 17 часов с жалобами на отхождение околоплодных вод 6 часов назад.

Из анамнеза. Беременность первая, доношенная. Во второй половине беременности АД повышалось до 140/90 - 130/80 мм рт. Ст. От госпитализации категорически отказывалась, о чем в индивидуальной карте беременности имеются записи.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост = 165 см. Масса тела = 73 кг. АД = 155/90 - 152/95 мм рт.ст. Окружность живота = 97 см. Высота стояния дна матки = 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение = 148 уд в 1 мин. Размеры таза. 24-26-29-19 см. Регулярной родовой деятельности нет. Обильно подтекают воды, слегка окрашены меконием. Голени ног и передняя брюшная стенка отечны. Учитывая преждевременное излитие вод, начато родовозбуждение окситоцином, противосудорожная и гипотензивная терапия. В 23 часа родовозбуждение закончено. Схватки через 4-5 мин., по 15-20 сек., слабой силы. Головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода = 160-170 уд в 1 мин., аритмичное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Через 20 мин. Сердцебиение плода исчезло.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие = 6 см, плодного пузыря нет, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади.

Результаты стационарного исследования:

Группа крови: В (III) Rh - отрицательная, без титра антител.

ОАК: Эритроц. = $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Гб = 100 г/л, ЦП = 0,8; Лейкоциты = $10,4 \cdot 10^9/л$. э = 1%, п/я = 6%, с/я = 68%; Лимф. = 20%, Мон. = 5%. Тромб. = $185 \cdot 10^9/л$. СОЭ = 40 мм/час.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция - кислая, белок = 0,3 г/л в двух порциях мочи через 6 часов, сахар - отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = до 14 в п/зр., эритроц. - ед. в п/зр.

УЗИ (при поступлении): Беременность одним живым плодом. Плацента по задней стенке, 3 степени зрелости. По фетометрии - задержка роста плода.

КТГ (при поступлении): 5 баллов.

Анализ влагалищного мазка: Плоский эпителий - незначительное количество, лейкоциты = 20 в п/зр., флора - кокки обильно, гонококки - отр., трихомонады - отр.

3. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

4. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

Ответ:

6. Диагноз заболевания и его обоснование: Первый период своевременных родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Задний вид затылочного предлежания. Общеравномерно суженный таз I степени. Тяжелая преэклампсия. Родовозбуждение окситоцином. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода. Прогрессирующая гипоксия плода. Интранатальная гибель плода. Анемия I степени. Резус-отрицательная кровь без титра антител.

Обоснование:

- О доношенности беременности можно судить по ВДМ и ОЖ, данных для более точного определения срока беременности в задаче нет.

- Отхождение вод до начала родовой деятельности является преждевременным.

- При влагалищном исследовании расположение стреловидного шва - в левом косом положении, а малого родничка справа и кзади - задний вид, который является условно патологическим.

- Тяжелая преэклампсия - на основании увеличения АД, протеинурии; для определения степени тяжести преэклампсии необходимы данные об уровне АД и протеинурии, а также - о дополнительных критериях тяжести, в частности, задержке роста плода, состоянии плода и наличии экстрагенитальной патологии; в данном случае есть данные только по уровню АД и белка в моче, что соответствует умеренной преэклампсии. Однако наличие задержки роста плода указывает на тяжелую преэклампсию.

- Анатомически узкий таз - равномерное уменьшение всех размеров свидетельствует о наличии общеравномерносуженного таза I степени (по величине истинной конъюгаты, равной 10 см)

- Плацентарная недостаточность, задержка роста плода - по данным УЗИ

- Наличие мекония при головном предлежании определяет гипоксию плода, а данные КТГ указывают на выраженную степень (5 баллов). На состояние плода указывают задержка роста плода (по данным УЗИ).

- Отсутствие сердцебиения плода свидетельствует о его внутриутробной (а именно - интранатальной, то есть в родах) гибели.

- Анемия I степени - уровень гемоглобина 103 г/л.

7. Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация пациентки в перинатальный центр 3-А группы. При поступлении необходимо начать антигипертензивную терапию (метилдопа, нифедипин) и противосудорожную терапию 25% раствором серно-кислой

магнeзии: установить периферический внутривенный катетер, внутривенно, болюсно 16мл (4г сухого вещества) раствора магнeзии, затем инфузоматом со скоростью до 2г/час.

8. При интранатальной гибели плода роды предпочтительно заканчивать через естественные родовые пути, тем более у Rh (-) женщины с анемией. Продолжать стимуляцию родовой деятельности, лечение преэклампсии, эпидуральная анестезия.

9. Для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики необходимо: оценить состояние плода до родовозбуждения. Провести «нестрессовый» тест - КТГ, а также доплерометрию материнской и плодовой гемодинамики. Определить готовность родовых путей к родам - шейечный тест «зрелости шейки матки».

10. Если данные методы не выявили противопоказаний - проводить родовозбуждение под мониторным контролем состояния плода и характером родовой деятельности. Даже при отсутствии дополнительных методов исследования, роды у беременной 30 лет с наличием преждевременного излития околоплодных вод, хронической гипоксией плода, задержкой роста плода, узким тазом и тяжелой преэклампсией необходимо было завершать оперативным путем - посредством операции кесарева сечения, а не проводить родовозбуждение окситоцином, усиливающим внутриутробное страдание плода. Показано обследование терапевтом, гистоморфологическое исследование плода и плаценты.

Ситуационная задача №16

Беременная И.А, 24 лет обратилась к врачу 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. Выявите проблемы женщины. Сформулируйте диагноз.

Эталон ответа

Приоритетные проблемы: встать на учет по поводу беременности, определить срок беременности, определить предполагаемый срок родов. Потенциальные проблемы: провести полное обследование, выявить группу риска, доносить беременность. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

Ситуационная задача №17

Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад.

Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120\80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка. Сформулируйте диагноз.

Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание.

2. При наружном акушерском исследовании определяются:

продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой - мелкие подвижные бугорки.

- II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа.

- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка.

Ситуационная задача №18

При очередной явке в женскую консультацию в 36 недель беременности повторнородящая (было 2 родов с крупными плодами) обнаружено, что брюшная стенка перерастянута. Окружность живота – 98 см. Высота дна матки – 28 см. В дне матки части плода не определяются, слева определяется крупная часть плода округлой формы, справа пальпируется тоже крупная часть мягковатой консистенции. Предлежащей части нет. Сердцебиение плода ритмичное, на уровне пупка. Размеры таза – 25-28-32-20 см. Диагноз. Тактика ведения.

Эталон ответа

Беременность 36 нед, поперечное положение плода, 1 позиция. Тактика: может быть преждевременное излитие вод и запущенное поперечное положение. Поэтому госпитализация в стационар, при любом подозрении на подтекание вод – кесарево сечение. Еще возможен поворот плода на ножке. В 37-38 нед госпитализировать в акушерский стационар.

Ситуационная задача №19

Вы ординатор центральной районной больницы. Поступил вызов к беременной 20 лет. Срок беременности 39-40 недель, с жалобами на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад. Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. В мин., справа ниже пупка. Сформулируйте диагноз. Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение. Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.

Эталон ответа

Диагноз: беременность 39-40 недель. Первые срочные роды. Первый период родов. II позиция плода, головное предлежание. При наружном акушерском исследовании определяются: продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой. мелкие подвижные бугорки. II позиция, так как в правой боковой стороне матки пальпируется одна гладкая, широкая поверхность и сердцебиение плода выслушивается справа. предлежащая часть. головка, так как пальпируется в виде крупной плотной и баллотирующей части и сердцебиение выслушивается ниже пупка. Допустимая кровопотеря составляет 0,5% от массы роженицы. 320мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см $(100 \times 34) = 3400$

Ситуационная задача № 20

Пациентка 22 лет, 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 антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягкой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые. Выявите проблемы женщины. Сформулируйте диагноз. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.

Эталон ответа:

Приоритетные проблемы: отвращение к запахам, отсутствие менструации, тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

Диагноз: беременность 8 недель.

Дополнительные методы диагностики беременности: определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче; ультразвуковое исследование матки. Определение срока беременности осуществляют: по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель; по величине тела матки = 8 недель (небеременная матка имеет размер с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).

Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации. 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, 39-40 недель).

Ситуационная задача №21

Пациентка 36 лет обратилась к гинекологу с жалобами на задержку менструации на 7 дней. Последняя менструация 5 недель назад. Тест на ХГ в домашних условиях положительный. При осмотре состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. При двуручном исследовании тело матки больше нормы, справа от матки пальпируется образование 3 x 4 см, слегка чувствительное, подвижное, овоидной формы, мягкоэластической консистенции. Своды свободные глубокие. При трансвагинальной эхографии М-эхо толщиной 18 мм, плодное яйцо в полости матки не определяется. Ваш диагноз. Тактика ведения?

Эталон ответа: трубная беременность (через неделю может стать маточной, плодное яйцо переместится в полость матки). Динамическое наблюдение, УЗИ органов малого таза.

Ситуационная задача №22

У больной 33 лет при осмотре в зеркалах на передней губе шейки матки выявлен участок белесоватого цвета с ровными четкими контурами, возвышающийся над здоровой поверхностью шейки матки. Предполагаемый диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для верификации диагноза. Методы лечения данной патологии. **Эталон ответа:** лейкоплакия шейки матки, предрак. Кольпоскопия с последующей биопсией, диэлектркоагуляция или криодеструкция

Ситуационная задача №23

Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13 лет, по 4 дня через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей -5: 2 родов и 3 аборта по желанию

без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях стационара. Выписана на 2-ой день в удовлетворительном состоянии. В срок предполагаемой менструации появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре - язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание учащенное. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании - влагалище рожавшей, зев закрыт,

шейка обычной плотности. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, мягкоэластической консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны. Предположительный диагноз. Тактика ведения. План лечения.

Эталон ответа: Пузырный занос. Беременность VI, 12 недель, угроза выкидыша.

Тактика – подтверждение диагноза: диагностическими признаками являются наличие пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища, повышение ХГ более 100000 мМЕ/мл при увеличении матки, высокие концентрации трофобластического бета-глобулина, при УЗИ – множество эхосигналов без признаков плодного яйца.

Лечение – удаление пузырного заноса с помощью вакуум-экскуратора с последующим назначением сокращающих средств, предохранение от беременности 2 года, контроль ХГ в крови и моче.

Ситуационная задача №24

Больная 29 лет, страдает первичным бесплодием. В анамнезе операция: удаление придатков матки справа по поводу воспалительного образования 3 года тому назад. 1 месяц тому назад на УЗИ обнаружено тонкостенное ретенционное образование в области левого яичника размером 4х5 см. Предварительный диагноз. План ведения больной.

Эталон ответа: опухолевидный процесс слева. Трансвагинальная эхография, пункция образования под контролем УЗИ, цитологическое исследование пунктата, определение в пунктате СА-125.

Ситуационная задача №25

Больная 27 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 5 дней. Последняя менструация 3 недели назад. При двуручном исследовании тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие. При ультразвуковом сканировании тело матки с четкими ровными контурами, 46 х 24 х 19 мм. М-эхо 4 мм, однородное. Яичники – без патологии. Содержание β -субъединицы ХГ в крови = 0 ЕД. Диагноз? План ведения?

Эталон ответа: дисфункциональное маточное кровотечение. Гормональный гемостаз. Циклическая гормональная терапия – 2-фазные КОК.

Ситуационная задача №26

Больная, 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39⁰С. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матки и придатков четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гнойные. Диагноз? Схемы антибактериального лечения. Критерии излеченности гонореи.

Эталон ответа: диагноз: сальпингоофорит клинически специфической (гонорейной) этиологии, осложненный пельвиоперитонитом. Доксициклин 100мг в/в 2 раза в день и цефокситин

(2 мг в/в 4 раза в день); Клиндамицин (600 мг в/в 4 раза в день) и гентамицин (2 мг/кг в/в); доксицилин и метронидазол 1,5 мг/кг в/в 3 раза в день.

Критерий излеченности гонореи – отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3 менструальных циклов.

Ситуационная задача №27

Больная 23 года. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре в зеркалах – слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: движения за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.

Предположительный диагноз. План ведения.

Эталон ответа: диагноз: кольпит (трихомониаз). План ведения – посев слизи из цервикального канала, микроскопия нативного препарата. При подтверждении д-за – лечение обоих партнеров. Местное лечение не рекомендуется, т.к. трихомонады могут персистировать экстравагинально и возможен рецидив после локальной терапии. Лечение – метронидазол 250 мг 3 раза в день – 7 дней или 2 г метронидазола однократно (per os).

Ситуационная задача №28

Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Диагноз. Тактика обследования. Лечение.

Эталон ответа: диагноз: Климактерический синдром. Хр. холецистит. Хр. колит. Ожирение. Тактика обследования: общие анализы, система свертывания, печеночные ферменты, гормональный фон, УЗИ органов брюшной полости (особенно нас интересует печень и желчный пузырь, т.к. ЖКБ есть противопоказание к ГЗТ эстрогенами) и малого таза (яичники, состояние эндометрия), мазок с шейки матки. Начинать терапию можно с растительного препарата «Климадинон», который хорошо устраняет вегетососудистые проявления климактерического синдрома. При его неэффективности – ГЗТ. т.к. у женщины сохранена матка, необходима терапия эстрогенами под защитой эндометрия прогестагенами. Препараты – «Климонорм», «Климен». Местно – при сухости влагалища, циститах – вагинальные свечи «Овестин»

Ситуационная задача №29

Больная 47 лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей, беспокоящие больную в течение 3-х недель. Кровотечение возникло после 1,5 месячной задержки менструации. Иногда беспокоят приливы жара. Соматически неотягощена. В течение последних 10 месяцев наблюдаются задержки менструации, а затем обильные и продолжительные. Кровотечение. К врачу не обращалась.

Обследовано: правильного телосложения. Кожные покровы бледноватой окраски. PS - 78 уд. АД – 115 и 80 мм.рт.ст. По органам без патологии. Мочеиспускание не нарушено. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки чистые, выделения кровяные в незначительном количестве. При двуручном исследовании шейка цилиндрической формы. Матка не увеличена, наружный зев закрыт. Придатки без особенностей. Предположительный диагноз.

Какие методы диагностики следует применить у данной больной. С чем следует дифференцировать это заболевание. Тактика ведения больных в пременопаузальном периоде.

Эталон ответа: ДМК перименопаузального периода. Климактерический с-м. ЖДА.

Диагностика: общие анализы, гормональный фон, УЗИ малого таза, РДВГ, коагулограмма. В плане диагностики информативна аспирационная биопсия эндометрия, а также гистероскопия. Тактика ведения: в перименопаузе причиной ДМК является эндогенная гиперэстрогения – ГЗТ эстрогенами не проводят, назначают терапию прогестинами в виде коротких курсов, что компенсирует действие эстрогенов и создает условия для регулярного отторжения эндометрия. Избыток эстрогенов ведет к неоплазии эндометрия - тоже причина кровотечения. Лечение – по результатам РДВГ и биопсии эндометрия. Лечение вегетососудистых проявлений негормональными методами (эстрогены могут ухудшить состояние эндометрия); эффективен растительный препарат «Климадинон», кроме того, МПА достаточно эффективен для облегчения приливов жара.

Ситуационная задача № 30

Пациентка 28-и лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и после менструации, отсутствие беременности в течении 5 лет. Считает себя больной в течении 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный аборт в сроке 5-6 нед. В возрасте 20-и лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результаты гистологического исследования не знает.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована. Матка ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная. Справа и сзади от матки пальпируется образование размером 8х8 см, тугоэластичной консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное. Левые придатки не увеличены. Выделения слизистые.

Предполагаемый диагноз. Дополнительное обследование. Лечебная тактика.

Ответ:

Диагноз: Эндометриоидная киста правого яичника. УЗИ малого таза. Хирургическое лечение с последующей гормональной терапией. Эндометриоз яичников. Лапароскопия: белесоватая капсула с выраженным сосудистым рисунком и гладкой поверхностью; УЗИ: эхопозитивная капсула, мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне жидкого содержимого, локализация позади матки. Лечение: коагуляция или выпаривание лазером при лапароскопии, далее гормоны: агонисты ГнРГ, антагонисты гонадотропинов, прогестагены (даназол, дюфастон, золадекс).

Ситуационная задача № 31

Пациентка 32 года. Обратилась к врачу женской консультации с жалобами на темнокровянистые, мажущие выделения из половых путей накануне менструации и в течение нескольких дней после нее.

Из анамнеза: два года тому назад перенесла операцию диатермоконизации шейки матки по поводу лейкоплакии. Последняя менструация началась 6 дней назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное. АД и PS в норме.

В зеркалах: влажная часть шейки матки цилиндрической формы, на слизистой видны узелковые мелко-кистозные образования багрово-синего цвета, из отдельных имеются темнокровянистые скудные выделения.

Бимануально: матка в правильном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются.

Предварительный диагноз, дополнительные методы диагностики, наблюдение и лечение

Ответ:

Диагноз: Эндометриоз влагалищной части шейки матки. Аденомиоз. Миома матки? Дифференциальный диагноз с эритроплакией, полипом цервикального канала, кистами nabothian glands, эктропионом. Гистероскопия и цервикоскопия, раздельное диагностическое выскабливание, если есть ациклические кровотечения. Лечение: лазерная вапоризация, конизация шейки матки, эстроген-гестагенные препараты.

Ситуационная задача №32

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. Диагноз? Тактика обследования и лечения?

Эталон ответа: рак яичника или метастаз Крукенберга. Проверить ЖКТ, оперативное лечение (если метастазы, то операция не поможет, только химиотерапия и периодически лапароцентез). Доброкачественную опухоль оперировать.

Ситуационная задача №33

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

Эталон ответа: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. С последующим решением объёма операции по поводу удаления миомы.

Ситуационная задача №34

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток. Диагноз? План ведения?

Эталон ответа: ДМК перименопаузального периода. Атипичная аденоматозная гиперплазия эндометрия. Миома матки. План ведения – экстирпация матки с придатками, т.к. имеется атипия клеток, большая миома, кроме того, больная не переносит гормонотерапии.

Ситуационная задача №35

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?

Эталон ответа:

Д-з: Множественная миома матки. Меноррагия. ЖДА

Тактика – до операции – РДВ с гистологией (для точного определения причины кровотечения – миома или рак эндометрия), предоперационная подготовка включает лечение анемии, которое помимо препаратов железа включает либо прогестагены, либо аналоги гонадолиберина, что способствует уменьшению миомы в размерах, уменьшению кровопотери. Операция – при подозрении на злокачественное перерождение -экстирпация матки с придатками, при ампутации матки у женщины до 50 лет неизмененные яичники и трубы удалять не следует. Плановое вмешательство по поводу миомы целесообразно проводить в первой половине менструального цикла.

Ситуационная задача №36

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 вышеперечисленные 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?

Эталон ответа: Дермоидная киста правого яичника. Тактика – лапароскопическая операция, энуклеация кисты.

Ситуационная задача №37

Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища. Диагноз. Тактика ведения. **Эталон ответа:** Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. Необходим анализ на ХГЧ, УЗИ. Предположительно: ХГЧ+, по УЗИ плодное яйцо в матке отсутствует. Лечение: пункция заднего свода влагалища (проверить, есть ли кровь), лапароскопия.

Ситуационная задача №38

Пациентка 30 лет жалуется на тянущие боли в нижних отделах живота, появляющиеся до менструации и исчезающие в первые дни цикла. В анамнезе больная перенесла резекцию левого яичника по поводу эндометриоидной кисты. При двуручном исследовании выявлено: слева и сзади от матки пальпируется объемное образование округлой формы, тугоэластической консистенции, 5 x 6 см в диаметре, чувствительное при исследовании. При трансвагинальной эхографии слева от матки определяется округлое образование 5 x 6 см однокамерное, содержимое - с мелкодисперсной взвесью, смещаемой при легкой перкуссии датчиком.

Диагноз и тактика ведения?

Эталон ответа: Эндометриоидная киста, рецидив. Лечение: операция (резекция с сохранением ткани яичника)

Ситуационная задача №39

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 x 7 см, резко болезненное при исследовании. Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

Эталон ответа: Миома матки, субсерозный узел. Подозрение на перекрут, нарушение питания узла. Лечение –надвлагалищная ампутация матки.

Ситуационная задача №40

Больной 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС 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; L - $9,4 \times 10^9$ /л. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитональных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из ц/к 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.

Эталон ответа: Д-з: Острый метроэндометрит на фоне ВМС. Тактика ведения – мазок на флору выделений из цервикального канала (определение возбудителя и его чувствительности кАБ), удаление ВМС, промывание полости матки растворами антибиотиков. Назначение антибиотиков прерорально с учетом чувствительности, сокращающие средства.

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА, ДОКЛАДА

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Активная работа на занятии, ответ полный, логически последовательный, соблюдается культура речи, речь грамотная,	отлично

	отсутствуют слова-«паразиты», студент без запинки отвечает на возможные дополнительные вопросы по теме.	
2.	Выставляется при наличии одной-двух неточностей в ответе и недостаточной активности на занятии. Речь в целом грамотная; допускается некоторая непоследовательность в ответе, но лишь незначительная	хорошо
3.	Выставляется в случаях, когда: активность на уроке минимальная, речь выступающего сбивчивая, студент путает понятия, не может ответить на дополнительные вопросы по теме, в ответе отсутствуют логические и причинно следственные связи, а также имеется несколько грубых фактических или иных ошибок	удовлетворительно
4.	Выставляется в случаях, когда студент отказывается отвечать или отвечает не на заданный вопрос.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Исключительные знания, абсолютное понимание сути вопросов, безукоризненное знание основных понятий и положений, логически и лексически грамотно изложенные, содержательные, аргументированные и исчерпывающие ответы	отлично
2.	Глубокие знания материала, отличное понимание сути вопросов, твердое знание основных понятий и положений по вопросам, структурированные, последовательные, полные, правильные ответы	хорошо
3.	Твердые, но недостаточно полные знания, по сути верное понимание вопросов, в целом правильные ответы на вопросы, наличие неточностей, небрежное оформление	удовлетворительно
4.	Непонимание сути, большое количество грубых ошибок, отсутствие логики изложения материала	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Оформление слайдов	Параметры
Оформление презентации	Соблюдать единого стиля оформления. Фон должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать более трех цветов Фон и текст должны быть оформлены контрастными цветами При оформлении слайда использовать возможности анимации Анимационные эффекты не должны отвлекать внимание от содержания слайдов Для заголовка – не менее 24 Для информации не менее – 18 Лучше использовать один тип шрифта Важную информацию лучше выделять жирным шрифтом, курсивом. Подчеркиванием На слайде не должно быть много текста, оформленного прописными буквами На слайде не должно быть много выделенного текста (заголовки, важная информация)
Содержание презентации	Слайд должен содержать минимум информации Информация должна быть изложена профессиональным языком

	Содержание текста должно точно отражать этапы выполненной работы Текст должен быть расположен на слайде так, чтобы его удобно было читать В содержании текста должны быть ответы на проблемные вопросы Текст должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать большого количества информации Лучше ключевые пункты располагать по одному на слайде
Структура презентации	Предпочтительно горизонтальное расположение информации Наиболее важная информация должна располагаться в центре Надпись должна располагаться под картинкой Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: - с таблицами - с текстом - с диаграммами

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка отлично. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается удовлетворительно. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается хорошо.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	«отлично» / зачтено
2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	«хорошо» / зачтено
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	«удовлетворительно» / зачтено

4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	«неудовлетворительно»/не зачтено
---	---	----------------------------------

КРИТЕРИИ И ШКАЛА УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Шкала оценивания	Уровень освоенности компетенции	Результаты освоенности компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

Критерии оценки решения ситуационной задачи

5 «отлично»	–комплексная оценка предложенной ситуации;
-------------	--

	знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
4 «хорошо»	–комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
3 «удовлетворительно»	–затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

Критерии оценки при решении задач по оказанию неотложной помощи

5 «отлично»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа;
4 «хорошо»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов;
3 «удовлетворительно»	–правильная оценка характера патологии; неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднения в аргументации;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично»	–рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;
4 «хорошо»	–рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается

	регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями сан-эпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;
3 «удовлетворительно»	–рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;
2 «неудовлетворительно»	–затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.