

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



Бунькова Елена Борисовна



Утверждено 28 мая 2020 г.  
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
Дисциплина «Акушерство и гинекология»  
по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)  
Направленность: Лечебное дело  
Форма обучения: очная  
Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник  
Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2019,2020

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

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Акушерство и гинекология»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Физиологические роды. Управление родовым актом. Периоды, течение и ведение родов.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Послеродовой период. Период новорожденности.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Аномалии родовой деятельности.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	Пятибалльная шкала оценивания

			решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
7	Невынашивание и перенашивание беременности.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
8	Послеродовые инфекционные заболевания.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9	Узкий таз в современном акушерстве.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
10	Родовой травматизм матери и плода.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11	Иммунологическая несовместимость матери и плода.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
12	Кровотечения во II половине беременности.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации,	Пятибалльная шкала оценивания

			курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
13	Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
14	Экстрагенитальные заболевания и беременность.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
15	Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
16	Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
17	Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
18	Преэклампсия.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор	Пятибалльная шкала оценивания

			тематического больного, разбор историй болезни	
19	Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
20	Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
21	Вводная лекция. Гинекология как наука о женщине. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
22	Нарушения функции репродуктивной системы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
23	Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
24	Аномалии развития и положения женских половых органов.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

25	Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
26	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
27	Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
28	Миома матки. Эндометриоз.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
29	Опухоли яичников.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
30	Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
31	Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	Пятибалльная шкала оценивания

			решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
32	Острый живот в гинекологии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
33	Типичные гинекологические операции.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
34	Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10; ПК-12	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- написание рефератов, (презентаций);
- решение ситуационных задач;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

**Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.**

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1 Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах**

**1. Первая менструация (менархе) наступает в возрасте:**

1/ 8-10 лет

2/ 11-13 лет

3/ 14-16 лет

4/ 16-18 лет.

**2. обязательными методами исследования в гинекологии являются, кроме:**

1/ взятие мазков на степень чистоты

4/ двуручное влагалищно-абдоминальное исследование.

2/ осмотр шейки матки с помощью зеркал

3/ осмотр молочных желез и наружных половых органов

**3. Перечислите органы-мишени женских половых гормонов:**

1/ волосяные фолликулы

5/ эпителий влагалища

2/ жировая ткань

6/ костная ткань

3/ эндометрий матки

7/ все перечисленное.

4/ ткань молочных желез

**4. Укажите, какие изменения происходят в эндометрии под воздействием прогестерона:**

1/ пролиферация

2/ секреция

3/ десквамация.

**5. Лютеиновая фаза овариально-менструального цикла характеризуется:**

1/ различной продолжительностью

4/ низкой базальной температурой тела

2/ ростом и развитием фолликулов яичника

5/ секрецией прогестерона.

3/ секрецией эстрогенов

**6. Мазки на степень чистоты влагалища берутся:**

1/ из преддверия влагалища

3/ из задне-боковых сводов

2/ из средней трети влагалища

4/ после спринцевания.

**7. Синтез какого гормона возрастает в 1000 раз при беременности ?**

1/ эстрадиол

4/ эстриол

2/ прогестерон

5/ тироксин.

3/ кортизол

**8. При взаимодействии гипоталамуса , гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:**

1/ одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)

3/ функция звеньев синхронна

2/ нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего

4/ выключение одного звена нарушает всю систему в целом

5/ все перечисленное.

**9. Эстрогены:**

1/ способствуют перистальтике маточных труб

3/ стимулируют активность клеточного иммунитета

2/ усиливают процессы окостенения

4/ все перечисленное



5/ ничто из перечисленно

**10. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной в том случае, если:**

- 1/ полноценна фаза пролиферации
- 2/ произошла овуляция
- 3/ функционирует полноценное желтое тело
- 4/ правильные ответы б/ и в/
- 5/ все ответы правильные.

**11. Высокий уровень эстрадиола приводит к :**

- 1/ повышению выработки ЛГ
- 2/ повышению выработки ФСГ
- 3/ стимуляции выработки андрогенов
- 4/ ничему из перечисленного.

**12. Гестагены:**

- 1/ снижают содержание холестерина в крови
- 2/ определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
- 3/ повышают тонус матки
- 4/ все перечисленное
- 5/ ничто из перечисленного.

**13. Тесты функциональной диагностики позволяют определить::**

- 1/ двуфазность менструального цикла
- 2/ уровень эстрогенной насыщенности организма
- 3/ наличие овуляции
- 4/ полноценность лютеиновой фазы цикла
- 5/ все перечисленное.

**14. Основоположником гинекологии в России является:**

- 1/ В.Ф. Снегирев
- 2/ А.Я. Крассовский
- 3/ В.С. Груздев
- 4/ Г.Г. Гентер.

**15. При 20-дневном менструальном цикле овуляция происходит на :**

- 1/ 6-8 сутки
- 2/ 8-10 сутки
- 3/ 10-12 сутки
- 4/ 12-16 сутки
- 5/ 16-18 сутки
- 6/ 18-20 сутки.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	1	7	2	5	3	2	6	4	5	1	5	5	1	4

**Тема 2 Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.**

**1.Какой срок беременности при величине матки с куриное яйцо?**

- 1 - 10 недель
- 2- 20-21 неделя
- 3 - 12 недель
- 4 - 5-6 недель
- 5 - 16 недель

**2.Какой срок беременности при величине матки с гусиное яйцо?**

- 1 - 8 недель
- 2 - 12 недель

3 - 6 недель

5 - 5-6 недель

4 - 20 недель

**3. Какой срок беременности при определении дна матки на уровне лонного сочленения?**

1 - 20 недель

4 - 24 недели

2 - 12 недель

5 - 6-7 недель

3 - 32 недели

**4. Последняя менструация началась 1 января. Дата родов по формуле Негеля?**

1 - 1 февраля

4 - 1 октября

2 - 8 декабря

5 - 8 октября

3 - 7 мая

**5. Первое шевеление плода у первобеременной 8 марта. Когда срок родов?**

1 - 8 июля

4 - 20 сентября

2 - 1 августа

5 - 8 января

3 - 26 июля

**6. Первое шевеление плода у повторнородящей 8 марта. Когда срок родов?**

1 - 9 августа

4 - 26 июля

2 - 20 сентября

5 - 1 августа

3 - 1 декабря

**7. Длина овоида плода 27,5 см, лобно-затылочный размер головки плода 12,5 см. Определите срок беременности по формуле Жордания?**

1 - 30 недель

4 - 32 недели

2 - 40 недель

5 - 12 недель

3 - 38 недель

**8. Группы предположительных признаков беременности:**

1. Изменение аппетита

3. Изменение вкуса, обонятельных ощущений

2. Раздражительность, плаксивость

4. Сердцебиение плода

**9. Какие признаки относятся к группе вероятных?**

1. Прекращение менструаций

3. Изменение величины, формы и консистенции матки

2. Движение плода, определяемое врачом

4. Головная боль

**10. Какие признаки относятся к достоверным?**

1. Пигментация кожи

3. Цианоз слизистой влагалища

2. Прощупывание частей плода и ощущение его движений при этом

4. Выслушивание сердечных тонов плода

### 11. По каким параметрам определяется дата родов?

1. По первому дню последней менструации
2. По первой явке в женскую консультацию
3. По первому дню ощущения шевеления плода
4. По измерению длины овоида и лобно-затылочного размера головки плода
5. Все ответы правильные

#### Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4	1	2	5	3	1	2	1	2	3	5

### Тема 3 Физиологические роды.

#### 1. Различают следующие состояния женщины

С момента диагностики беременности

- 1 - беременная
- 2 - родильница
- 3 - роженица

#### 2. С какого периода начинается последовый период

- 1 - после рождения плода
- 2 - после рождения последа
- 3 - с первыми регулярными схватками

- 4 - с момента полного раскрытия шейки матки
- 5 - с нерегулярных слабых схваток

#### 3. Какова продолжительность физиологических родов у повторнородящих?

1. - 3-5 часов
- 2.- 12 часов

3. 6-8 часов

#### 4. Чем заканчивается период изгнания:

1. рождением последа
2. рождением плода

3. полным раскрытием маточного зева

#### 5. Как характеризуются схватки?

- 1) периодичностью
- 2) продолжительностью

- 3) силой сокращения
- 4) болезненностью

#### 6. Как характеризуются сердечные тоны плода?

- 1) частота
- 2) чистота (ясность)

- 3) ритмичность
- 4) болезненность

#### 7. Когда обычно отходят околоплодные воды?

- 1) с первыми регулярными схватками
- 2) после рождения последа

- 3) с появлением потуг
- 4) в конце первого периода родов

#### 8. Как часто делаются записи в истории родов?

- 1) каждые 15 минут
- 2) через 30 минут

- 3) каждый час
- 4) каждые 2 часа

#### 9. Когда следует произвести влагалищное исследование?

- 1) при поступлении в родильное отделение
- 2) каждые 6 часов родов

- 3) при излитии околоплодных вод
- 4) каждые 2 часа родов

#### 10. Когда впервые оценивается новорождённый по шкале Апгар?

1) через 2 часа после родов

2) через 1 час

3) через 10 мин

4) сразу после рождения

### 11. Чем проводить профилактику офтальмобленнорей?

1) раствором 0,1% атропина

2) раствором нитрата серебра 2 %

3) раствором серебра 10%

4) раствором сульфацила-натрия 30%

5) раствором спирта 70%

### Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	3	2	3	3	4	1	2	4	3	4

### Тема 4 Послеродовой период. Период новорожденности

#### 1. Когда начинается послеродовой период?

1. С момента рождения ребёнка

2. С момента изгнания последа

3. С момента полного открытия маточного зева

4. Через 2 часа после родов

5. Ничего из перечисленного

#### 2. Какова общая продолжительность послеродового периода?

1. 6 дней

2. 1 месяц

3. 10 дней

4. 70 дней

5. 4 недели

#### 3. Какова продолжительность раннего послеродового периода?

1. 4 часа

2. 2 часа

3. 6 суток

4. 12 дней

5. 1 месяц

#### 4. Где должна находиться родильница в раннем послеродовом периоде?

1. В родовом зале

2. В послеродовом отделении

3. В палате патологии беременных

4. В комнате выписки

5. Ничего из перечисленного

#### 5. Какое основное осложнение возможно в раннем послеродовом периоде?

1. Инфекция родовых путей

2. Мастит

3. Преждевременная отслойка плаценты

4. Предлежание плаценты

5. Кровотечение

#### 6. К какому сроку после родов величина матки соответствует размерам небеременной матки?

1. Через 2 недели

2. К концу 6-8 нед.

3. К 6-7 суткам

4. Через месяц

5. К 10 суткам

#### 7. Через какое время наступает менструация у не кормящих родильниц?

1. На 15 день после родов

2. Через 6 месяцев

3. На 6-8 недели

4. Через год

5. На 6-7 день после родов

#### 8. Как называется секрет молочных желёз в первые 3 суток после родов?

1. Экссудат

2. Лохии

3. Молозиво

4. Молоко

5. Транссудат

#### 9. На какой день после родов начинается отделение молока?

1. На 2-3 день

2. В первые сутки

3. На 6-7 день

4. Через месяц

5. Сразу же

**10. На какой день можно вставать роженице после нормальных родов?**

1. Сразу же
2. Через 6-7 дней
3. На 3-й день
4. В конце первых суток
5. Через 2 часа

**11. На какой день после родов снимают швы с промежности?**

1. В первые сутки
2. На 5 сутки
3. Через 6-7 суток
4. На 10-й день
5. Через 2 часа

**12. На какой день после нормальных родов можно выписать роженицу?**

1. Сразу же
2. На 10-й день
3. На 5-е сутки
4. На 3-й день
5. Через 2 недели

**13. Когда целесообразно произвести осмотр мягких родовых путей?**

1. Через 12 часов
2. Сразу же после рождения последа
3. В конце 1 периода родов
4. Через 3 дня после родов
5. Не производить осмотр

**14. С какими заболеваниями роженицы подлежат переводу из акушерского физиологического стационара?**

1. Повышение температуры тела до 38 С в родах, лихорадка неясного генеза в течение суток
2. Послеродовое воспалительное заболевание (эндометрит, мастит, нагноение швов)
3. ОРВИ, ангина, герпес и др.
4. Кровотечение из половых путей

**15. Как судят о степени сокращений матки в первые сутки после родов?**

1. При бимануальном исследовании
2. Осмотром на зеркалах
3. Зондированием полости матки
4. Измерением высоты стояния дна матки над лоном

**16. Что способствует правильной инволюции матки после родов?**

1. Отсутствие перерастяжения матки во время беременности (многоводие, многоплодие, крупный плод)
2. Отсутствие инфекции у роженицы
3. Отсутствие опухолей матки и аномалий её развития
4. Безводный период не более 12 часов

**17. Что следует рекомендовать в диету роженице?**

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Высококалорийная белковая пища | 3. Фрукты, овощи       |
| 2. Жирная диета                   | 4. Алкогольные напитки |

**18. В чём состоит профилактика мастита?**

1. Подготовка сосков к кормлению ребёнка (массаж, «огрубение»)
2. Обмывание соска и всей железы, осушивание её стерильной пелёнкой
3. Обработка сосков дезинфицирующим средством (2% р-ром грамицидина на 60% р-ре этилового спирта или др.) после кормления
4. Ограничить потребление жидкости, применять слабительные

**19. В чём состоит профилактика гипогалактии?**

1. Правильный режим питания
2. Достаточный сон, отдых
3. Опорожнение (сцеживание) молочных желёз
4. Тугое бинтование молочных желёз

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2	4	2	1	5	2	3	3	1	4	2	3	2	1
15	16	17	18	19									
4	5	1	5	1									

**Тема 5 Аномалии родовой деятельности****1. Какой вид нарушений родовой деятельности встречается наиболее часто?**

1. Чрезмерно сильная родовая деятельность
2. Слабость родовой деятельности
3. Дискоординированная родовая деятельность

**2. Какие этиологические факторы приводят к нарушениям родовой деятельности?**

1. Экстрагенитальные заболевания
2. Патологические изменения матки
3. Механические препятствия продвижения плода
4. Перерастяжение матки
5. Повторные роды

**3. Длительность нормального прелиминарного периода?**

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. До 6 ч | 3. 12-18 ч |
| 2. 6-12 ч | 4. 20-24 ч |

**4. Признаки предвестникового периода родов?**

1. Снижение массы тела
2. Увеличение массы родов

3. Учащение мочеиспускания
4. Усиление слизистых выделений из влагалища
5. Появление кровянистых выделений из влагалища
6. Умеренные тянущие боли внизу живота
7. Регулярные схватки
8. Периодические схватки

**5. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:**

1. Наличие нерегулярных схваток
2. Болезненные схватки
3. Хорошая растяжимость наружного маточного зева
4. Недостаточная динамика раскрытия шейки матки
5. Запоздалое излитие околоплодных вод

**6. Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Внутривенное капельное введение окситоцина | 4. Профилактика в/утробной гипоксии плода |
| 2. Создание глюкозо-витаминного фона          | 5. Все выше перечисленное                 |
| 3. Применение спазмолитических средств        |   |

**7. Какие мероприятия проводят при слабости родовой деятельности через 8 часов?**

1. Медикаментозный сон-отдых
2. Наркоз эндотрахеальный
3. Усиление родовой деятельности
4. Выжидательная тактика (самопроизвольное течение родов)

**8. Что предпринять при длительных затянувшихся родах?**

1. Стимуляция родовой деятельности
2. Предоставить медикаментозный сон-отдых
3. Наркоз эндотрахеальный
4. Предоставляют роды самопроизвольному течению

**9. Чем предоставляют медикаментозный сон-отдых?**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Эфирный наркоз                             | 3. Промедол 2% - 1 мл внутримышечно |
| 2. Оксibuтират натрия 20% - 20 мл внутривенно | 4. Раствор глюкозы                  |
|   | 5. Витамины                         |

**10. Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:**

1. Нерегулярными схватками
2. Различной интенсивности
3. Болезненными
4. Плохой динамикой в раскрытии шейки матки
5. Всем перечисленным

**11. Что предпринять при дискоординированной родовой деятельности?**

1. Стимуляция родовой деятельности

2. Введение спазмолитических средств
3. Новокаиновая блокада
4. Медикаментозный сон-отдых
5. Амниотомия
6. Предоставляют роды самопроизвольному течению

**12. Что предпринять при чрезмерно сильной родовой деятельности?**

1. Положение на боку, соответствующем позиции плода
2. Положение на боку, противоположном позиции плода
3. Предоставляют роды самопроизвольному течению
4. Введение спазмолитиков
5. Введение тонических препаратов
6. Введение бета-адреномиметиков
7. Наркоз

**Эталоны ответов**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
2	2	1	6	8	4	5	1
<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>			
3	2	5	4	6			

**Тема 6 Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.**

**1. Как часто встречается тазовое предлежание?**

1. 20%; 2. 2 %; 3. 3,5%; 4. 10%; 5. 50%

**2. Каким размером прорезывается головка плода при тазовом предлежании?**

1. Средним косым размером
2. Прямым размером
3. Вертикальным размером
4. Малым косым размером
5. Поперечным размером

**3. В чём суть пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании?**

1. Не допустить преждевременного излития вод
2. Не допустить выпадения пуповины
3. Сохранить правильное членорасположение плода
4. Ничего из перечисленного

**4. Что нужно ввести во 2-ом периоде родов для предупреждения спазма внутреннего зева?**

1. Раствор глюкозы и аскорбиновой кислоты
2. Раствор сигетина
3. Раствор атропина
4. Окситоцин



5. Витамины

**5.Куда обращён крестец плода при 1 позиции переднем виде?**

- |                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| 1. Слева спереди | 4. Справа спереди           |
| 2. Справа сзади  | 5. Ничего из перечисленного |
| 3. Слева сзади   |                             |

**6.Ягодицы проходили малый таз в правом косом размере. В каком размере таза будет проходить плечевой пояс?**

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. В левом косом размере  | 4. В поперечном размере таза |
| 2. В правом косом размере | 5. Ничего из перечисленного  |
| 3. В прямом размере таза  |                              |

**7.Плод родился до нижнего угла лопатки. Где располагается головка по отношению к тазу?**

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. В выходе из малого таза   | 4. Над входом в малый таз        |
| 2. В плоскости узкой части   | 5. В плоскости входа в малый таз |
| 3. В плоскости широкой части |                                  |

**8.Ягодицы в полости малого таза, 1 позиция, передний вид. В каком размере межвертельная линия?**

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. В правом косом         | 4. В поперечном размере входа |
| 2. В левом косом          | 5. В прямом размере выхода    |
| 3. В прямом размере входа |                               |

**9.Ягодицы в полости малого таза, 2 позиция, передний вид. В каком размере межвертельная линия?**

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. В правом косом         | 4. В поперечном размере входа |
| 2. В левом косом          | 5. В прямом размере выхода    |
| 3. В прямом размере входа |                               |

**10.Ягодицы проходили малый таз в левом косом размере. В каком размере таза будет проходить стреловидный шов головки плода?**

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. В правом косом        | 4. В поперечном размере таза |
| 2. В левом косом         | 5. Ничего из перечисленного  |
| 3. В прямом размере таза |                              |

**11.Что является причиной образования тазового предлежания?**

- |                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Маловодие, многоводие              | 3. Многоплодная беременность. |
| 2. Узкий таз, аномалии развития матки | 4. Предлежание плаценты       |

**12.Какие признаки при наружном исследовании характерны для тазового предлежания?**

1. Определение головки плода в дне матки
2. Нахождение спинки плода со стороны правой боковой стенки матки
3. Определение тазового конца над входом в таз
4. Определение головки плода выше гребня подвздошных костей

**13.Что характерно для тазового предлежания при внутреннем исследовании?**

1. Нахождение стреловидного шва и большого родничка
2. Определение седалищных бугров, заднепроходного отверстия плода, копчика
3. Определение мягкой ткани, переносья, подбородка
4. Определение нижних конечностей плода

**14.В каком отделе таза начинается внутренний поворот ягодиц?**

1. Во входе в малый таз
2. В выходе из малого таза
3. В широкой части малого таза
4. В узкой части малого таза

**15.На что нужно обращать внимание при ведении 1-го периода родов в тазовом предлежании?**

1. Предупреждение несвоевременного излития вод
2. Не допускать выпадение петель пуповины
3. Лечение слабости родовых сил
4. Профилактика кровотечения

**16.Какие осложнения во 2-ом периоде родов встречаются при тазовом предлежании?**

1. Несвоевременное излитие вод
2. Слабость потуг
3. Кровотечение из половых путей
4. Запрокидывание ручек плода, спазм внутреннего зева

**17.Что может задержать рождение последующей головки при тазовом предлежании?**

1. Раннее излитие вод
2. Слабость родовых сил
3. Выпадение ручки плода
4. Запрокидывание ручек плода

**18.Какой наиболее щадящий метод родоразрешения при чисто ягодичном предлежании?**

1. Экстракция за паховый сгиб
2. Классический поворот плода на ножку
3. Классическое ручное пособие.
4. Пособие по Цовьянову

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
3	4	3	3	1	2	5	2	1	1	5	2	3	4
15	16	17	18										
5	3	3	4										

**Тема 7 Невынашивание и перенашивание беременности.**

**1. Преждевременные роды – это роды на сроке:**

1. 22 – 27 недель
2. 28 – 33 недели
3. 34 – 37 недель
4. 38 – 40 недель
5. Правильные ответы 2 и 3

**2. Причины преждевременных родов могут быть обусловлены:**

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Материнскими факторами | 4. Социальными факторами     |
| 2. Плодовыми факторами    | 5. Все ответы правильные     |
| 3. Сочетанными факторами  | 6. Правильные ответы 1, 2, 3 |

**3. Материнские факторы:**

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Пороки развития матки | 4. Верный ответ 2    |
| 2. Инфантилизм           | 5. Все ответы верные |

3. Экстрагенитальные и инфекционные заболевания матери

**4. Плодовые факторы**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Генетические заболевания                      | 3. Пороки развития плода |
| 2. Вирусный гепатит матери во время беременности | 4. Все ответы верные     |
|  | 5. Верные ответы 1, 3    |

**5. Сочетанные факторы:**

1. Преэклампсия
2. Перенесенные аборт
3. Патология плаценты (предлежание и преждевременная отслойка плаценты)
4. Изосерологическая несовместимость
5. Все ответы верные
5. Верные ответы 1, 3, 4

**6. Для угрожающих преждевременных родов характерно:**

1. Повышенный тонус матки
2. Структурные изменения шейки матки.
3. Кровянистые выделения из половых путей.
4. Верный ответ 1.
5. Все ответы верные

**7. Для начинающихся преждевременных родов характерно:**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. Повышенный тонус матки.                       | 3. Открытие шейки матки более 4 см. |
| 2. Структурные изменения со стороны шейки матки. | 4. Верные ответы 1 и 2.             |
|  | 5. Верные ответы 2 и 3.             |

**8. Начавшиеся преждевременные роды.**

1. Повышенный тонус матки.
2. Регулярная родовая деятельность
3. Раскрытие шейки матки 4 см и более.
4. Правильные ответы 1 и 2.
5. Правильные ответы 2 и 3

**9. Консервативная тактика при преждевременных родах направлена на:**

- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| 1. На быстрое родоразрешение     | 4. Правильный ответ 1. |
| 2. Пролангирование беременности. | 5. Правильный ответ 2  |
| 3. На обезболивание родов.       |                        |

**10. Для лечения угрожающих преждевременных родов применяют:**

- |                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 1. Спазмолитики.                    | 4. Все перечисленное. |
| 2. 2 %раствор сернокислой магнезии. | 5. Верный ответ 2     |
| 3. Бета-миметики.                   |                       |

**11. Условия для применения токолитиков:**

1. Преждевременное излитие околоплодных вод
2. Признаки внутриутробного инфицирования
3. Открытие шейки матки не более 2 – 4 см
4. Живой плод
5. Целый плодный пузырь
6. Верные ответы 3, 4, 5

**12. Введение бета-миметиков начинают со скоростью:**

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1. 3 – 4 капли в минуту | 4. 20 – 30 капель |
| 2. 5 – 8 капель         | 5. 30 – 40 капель |
| 3. 15 – 20 капель       |                   |

**13. Побочные действия токолитиков:**

1. Повышение АД

2. Тремор, головная боль, тошнота, сердцебиение
3. Появление отеков на нижних конечностях
4. Повышенный тонус матки, излитие околоплодных вод
5. Внутриутробная гипоксия плода
6. Все ответы верные

**14. Профилактика респираторного дистресс-синдрома проводится препаратами:**

1. Антигипоксантами
2. Гипотензивными
3. Глюкокортикоидами
4. Антибактериальными
5. Утеротониками

**15. Курсовая доза дексаметазона с целью профилактики РДС составляет:**

1. 8 мг
2. 16 мг
3. 20 мг
4. 24 мг
5. 35 мг

**16. Для профилактики родового травматизма плода во 2 периоде:**

1. Проводить защиту промежности
2. Роды вести без защиты промежности
3. Оказывать пособие по Цовьянову
4. Рассечение промежности (эпизиотомию или перинеотомию)
5. Верные ответы А, Г
6. Верные ответы Б, Г

**17. Признаки недоношенного ребенка:**

1. Пупочное кольцо расположено низко.
2. Пушковые волосы.
3. Швы и роднички открыты.
4. У мальчиков яички не опустились в мошонку.
5. Все ответы верные

**18. Переношенная беременность продолжается больше физиологической на:**

1. 3 дня.
2. 7 дней.
3. 10 дней.
4. 14 дней.
5. 20 дней

**19. Срок переношенной беременности устанавливают:**

1. Последней менструации.
2. Первому шевелению плода.
3. По данным УЗИ.
4. По объективным данным
5. Верные ответы 2, 3
6. По всему перечисленному

**20. Признаки переношенного ребенка,**

1. Банные стопы и ладони.
2. Узкие швы и роднички.
3. Плотные кости черепа.
4. Отсутствие сыровидной смазки
5. Все ответы правильные.

**Эталон ответов:**

1.- 5	2.- 6	3.- 5	4.- 5	5.- 6	6.- 1	7.- 4	8.- 5	9.- 5	10.- 4
11.- 6	12.- 2	13.- 2	14.- 3	15.- 4	16.- 6	17.- 5	18.- 4	19.- 6	20.- 4

**Тема 8 Послеродовые инфекционные заболевания.**

**1. На какой день чаще возникает неспецифический эндометрит?**

1. В 1 сутки
2. На 3-4 день после родов
3. На 6-8 сутки
4. На 10-12 сутки
5. На 14 сутки

**2. Какая основная причина возникновения параметрита?**

1. Разрыв промежности
2. Разрыв шейки матки
3. Хориоамнионит в родах
4. Пиодермия ягодиц

5. Гестационный пиелонефрит

**3.Какая причина развития перитонита после операции кесарево сечение?**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. Несостоятельность швов на матке | 4. Обострение хронического пиелонефрита |
| 2. Парез кишечника                 | 5. Пиодермия ягодич                     |
| 3. Хориоамнионит                   |   |

**4. Назовите патогномичный признак гонорейного эндометрита после родов?**

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Высокая лихорадка         | 4. Боли в животе                 |
| 2. Мягкая, болезненная матка | 5. Выявление гоноккоков в лохиях |
| 3. Гнойные выделения         |                                  |

**5. Какой основной признак послеродового метрита?**

1. Изменение общего состояния
2. Резкие боли в животе
3. Высокая лихорадка
4. Болезненность матки при пальпации
5. Серозные выделения

**6. Какой характерный признак перитонита после операции кесарево сечение?**

1. Высокая лихорадка
2. Резкие боли в животе
3. Парез кишечника
4. Кровянистые выделения
5. Учащённое мочеиспускание

**7. Какая тактика врача при лечении послеродового гнойного параметрита?**

1. Симптоматическое лечение
2. Антибактериальная терапия
3. Анальгетики
4. Вскрытие гнойника через свод влагалища на фоне антибактериальной терапии
5. Чревосечение на фоне антибактериальной терапии

**8. Тактика при лечении гнойного мастита**

1. Обезболивающие средства
2. Полуспиртовой компресс
3. Антибактериальная терапия
4. Вскрытие гнойника на фоне антибактериальной терапии
5. Вскрытие гнойника

**9. Контроль при назначении непрямых антикоагулянтов.**

1. Количества лейкоцитов
2. Содержание гемоглобина
3. Протромбинового индекса
4. Времени свёртывания крови
5. Содержания фибриногена

**10. Для лечения угрожающих преждевременных родов применяют:**

- |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| 1. Спазмолитики.                    | 3. Бета-миметики. |
| 2. 2 %раствор сернокислой магнезии. |                   |

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	3	1	5	4	3	4	4	4

**Тема 9 Узкий таз в современном акушерстве.**

**1.Какая форма таза относится к наиболее часто встречающимся формам узкого таза?**

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1. Кососмещённый   | 4. Поперечносуженный      |
| 2. Воронкообразный | 5. Общеравномерносуженный |
| 3. Плоский таз     | 6. Кифотический таз       |

**Какие размеры характеризуют следующие формы таза?**

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| <b>2.</b> Общеравномерносуженного | <b>6.</b> Нормального таза |
| <b>3.</b> Простого плоского       | 1 25-28-32-20              |
| <b>4.</b> Плоскорихитического     | 2 23-26-30-18              |
| <b>5.</b> Поперечносуженного      | 3 25-28-32-17              |
|                                   | 4 26-26-32-17              |
|                                   | 5 24-25-28-20              |

**Чему равна истинная конъюгата при следующих степенях сужения таза? (Подберите пару «цифра-буква»)**

- |                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| <b>7.</b> При 1 степени сужения  | 1 Менее 6,5 см |
| <b>8.</b> При 2 степени сужения  | 2 7,5-6,5 см   |
| <b>9.</b> При 3 степени сужения  | 3 9-7,5 см     |
| <b>10.</b> При 4 степени сужения | 4 11-9см       |

**Какова особенность биомеханизма при различных формах узкого таза? (Подберите пару «цифра-буква»)**

**11.** При общеравномерносуженном тазе

**12.** При поперечном тазе

**13.** При простом плоском тазе

**14.** При плоскорихитическом тазе

- 1 Асинклитизм
- 2 Расположение стреловидного шва в косом размере входа
- 3 Расположение стреловидного шва в поперечном размере входа
- 4 Расположение стреловидного шва в прямом размере входа
- 5 Умеренное разгибание головки
- 6 Низкое поперечное стояние головки
- 7 Максимальное сгибание головки плода

**16.** Когда диагностируется клинически узкий таз?

- 1 Во время беременности
- 2 В начале 1 периода родов
- 3 В конце 1 периода родов
- 4 В конце 2 периода родов

**17.** Какое осложнение во время беременности встречается у женщин с узким тазом?

- 1 Гестоз
- 2 Дородовое излитие вод
- 3 Перенашивание беременности
- 4 Затылочное предлежание плода
- 5 Д. Неправильные положения плода или разгибательные вставления головки

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

5	2	3	4	5	1	4	3	2	1	7	4	6	1
<b>15</b>	<b>16</b>												
3	2												

**Тема 10 Родовой травматизм матери и плода.**

**1. Какие причины способствуют разрыву шейки матки?**

1. Крупный плод
2. Ригидность и деформация шейки матки
3. Оперативное родоразрешение через естественные родовые пути
4. Длительное стояние головки при узком тазе

**2. Какие признаки характерны для травматических повреждений родовых путей?**

1. Повышение АД
2. Боли в животе
3. Кровотечение без образования сгустков
4. Кровотечение в конце 2 периода родов

**3. Какие отдаленные последствия разрыва шейки матки?**

1. Псевдоэрозия шейки матки
2. Рубцовая деформация шейки матки
3. Истмико-цервикальная недостаточность
4. Нарушение менструального цикла

**4. Какие показания к перинеотомии?**

1. Юный возраст
2. Ригидность промежности
3. Средние размеры массы плода
4. Роды при тазовом предлежании

**5. Каковы причины разрывов шейки матки?**

1. Слабость родовой деятельности
2. Несоответствие размеров предлежащей части плода и таза матери
3. Бурная родовая деятельность
4. Неполноценность миометрия

**6. Какие симптомы характерны для угрожающего разрыва матки при наружном акушерском исследовании?**

1. Матка в обычном тонусе
2. Матка в гипертонусе
3. Контрационное кольцо расположено ниже пупка

4.Контракционное кольцо расположено косо и выше пупка

**7. Какие симптомы характерны для свершившегося разрыва матки**

1. Матка в обычном тоне
2. Отсутствие родовой деятельности
3. Матка в гипертонусе
4. Кровянистые выделения

**8. Какое состояние роженицы при разрыве матки?**

- 1 Хорошее состояние
- 2 Удовлетворительное состояние
- 3 Беспокойное, возбуждённое
- 4 Шоковое состояние
- 5 Коллапс

**9. Что должен предпринять врач при угрожающем разрыве матки?**

- 1 Усилить родовую деятельность
- 2 Снять родовую деятельность дачей наркоза
- 3 Ждать самопроизвольного завершения родов
- 4 Родоразрешить путём наложения акушерских щипцов
- 5 Родоразрешить путём операции кесарева сечения при живом плоде
- 6 Родоразрешить плодоразрушающей операцией
- 7 Провести экстракцию плода за тазовый конец

**10. Что должен предпринять врач при свершившемся разрыве матки?**

- 1 Усилить родовую деятельность
- 2 Родоразрешить через естественные родовые пути
- 3 Произвести кесарево сечение
- 4 Произвести лапаротомию с ушиванием матки
- 5 Произвести лапаротомию

**11. При каких условиях можно провести ушивание разрыва матки?**

- 1 Наличие длительного безводного периода
- 2 Отсутствие инфицирования матки
- 3 Линейный ровный разрыв
- 4 Обширная рана в области сосудистого пучка
- 5 Разрыв матки произошёл более 6 часов назад
- 6 Только что свершившийся разрыв

**12. Какие признаки характеризуют несостоятельный рубец на матке?**

- 1 Заживление шва при предшествующей операции первичным натяжением
- 2 Воспалительные осложнения при предшествующей операции
- 3 Неправильная звёздчатая форма рубца
- 4 Истончение рубца
- 5 Келлоидный рубец на коже живота
- 6 Интервал между родоразрешениями в 3-4 года

**13. Особенности ведения беременных с рубцом на матке?**

- 1 Госпитализация за 6 недель до родов
- 2 Госпитализация за 3-4 недели до родов
- 3 Госпитализация в сроке 39-40 недель
- 4 Госпитализация с началом родовой деятельности
- 5 Госпитализация при излитии околоплодных вод

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----



1	6	5	1	3	6	3	3	4	5	5	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## Тема 11 Иммунологическая несовместимость матери и плода.

### 1. Какой вид антител имеет значение в развитии гемолитической болезни плода?

1. Полные антитела
2. Неполные агглютинирующие и блокирующие антитела
3. Скрытые антитела
4. Ничего из выше перечисленного

### 2. Какая форма гемолитической болезни наиболее тяжёлая?

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 1. анемическая | 4. анасарка           |
| 2. желтушная   |                       |
| 3. отёчная     | 5. анемично-желтушная |

### 3. Симптомы гемолитической болезни новорождённого?

1. Одышка, сердцебиение, отёки
2. Бледность, желтушность кожных покровов, отёки
3. Боли в животе, частый стул
4. Насморк, рвота, кашель
5. Бледность, адинамия

### 4. При каком сроке беременности, осложнённой резус-конфликтом, следует индуцировать роды?

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 32 нед.    | 4. 37-38 нед. |
| 2. 39-40 нед. | 5. 36 нед.    |
| 3. 34 нед.    |               |

### 5. Частота резус-отрицательной крови у женщин?

- |           |        |
|-----------|--------|
| 1. 30%    | 4. 10% |
| 2. 15-16% | 5. 85% |
| 3. 55%    |        |

### 6. Как часто развивается иммуносенсибилизация при беременности?

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. 5%  | 4. 15%  |
| 2. 70% | 5. 0,5% |
| 3. 50% |         |

### 7. Пути сенсibilизации женского организма?

1. Частые воспалительные заболевания
2. Гемотрансфузия без учёта резус-принадлежности
3. Оперативное родоразрешение (у мужа резус-положительная кровь)
4. Беременность резус-положительным плодом

### 8. Какие данные обследования указывают на иммуносенсибилизацию?

1. в анамнезе выкидыши, мёртворождение
2. нарастание титра антител во время беременности
3. ухудшение состояния плода

4. желтушное окрашивание вод

**9. Какие осложнения беременности встречаются при иммуносенсибилизации?**

1. гипоксия плода, мертворождение

2. гипотрофия плода

3. заболевания плода

4. гестоз

**10. В какие сроки беременности следует проводить лечение при наличии резус-отрицательной крови у женщины?**

1. 8, 12, 40 нед.

3. 12, 32, 40 нед.

2. 6, 32, 36 нед.

4. 14-16, 28, 34 нед.

**11. Какие методы обследования проводятся для уточнения изосенсибилизации?**

1. ЭКГ, ФКГ, УЗИ

2. влагалищное исследование

3. амниоскопия, амниоцентез

4. реография, осмотр глазного дна

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	4	2	2	4	2	5	6	6	5	3

**Тема 12 Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

**1. Какие наиболее частые причины кровотечения во 2-ой половине беременности**

1. угроза прерывания беременности,
2. ?травма женских половых органов,
3. патология шейки матки,
4. предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты.

**2. Какие основные факторы, предрасполагают к низкому прикреплению плаценты?**

1. наличие гестоза,
2. заболевание сердечно-сосудистой системы,
3. гипертоническая болезнь,
4. дистрофические изменения стенки матки.

**3. На каком фоне чаще происходит преждевременная отслойка плаценты?**

1. преэклампсия,
2. заболевание сердца,
3. гипертоническая болезнь,
4. дистрофические изменения стенки матки,
5. аномалии развития матки.

**4. Какие клинические симптомы характерны для отслойки предлежащей плаценты?**

1. повышение АД,
2. головная боль,
3. боли в животе,
4. кровотечение,
5. нарушение мочеиспускания.

**5. Какой ведущий симптом в клинике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?**

- |                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| 1 повышение АД,  | 4 кровотечение,             |
| 2 головная боль, | 5 нарушение мочеиспускания. |
| 3 боли в животе, |                             |

**6. Что должен сделать врач женской консультации при возникновении кровотечения у беременной в сроке 36 недель?**

- 1 немедленно проводить наружное и внутреннее исследование для уточнения причины кровотечения,
- 2 дать направление на госпитализацию,
- 3 вызвать машину скорой помощи для немедленной госпитализации,
- 4 при незначительном кровотечении отпустить домой,
- 5 назначить в амбулаторных условиях кровоостанавливающие средства.

**7. Какую тактику должен выбрать врач родильного дома при поступлении беременной с кровянистыми выделениями?**

- 1 немедленно провести влагалищное исследование для уточнения диагноза,
- 2 провести влагалищное исследование при развёрнутой операционной,
- 3 сразу же начать гемотрасфузию,
- 4 назначить утеротонические средства,
- 5 ввести хлорид кальция.

**8. У беременной при УЗИ установлено полное предлежание плаценты. Началось кровотечение. Ваши действия?**

- 1 начать усиление родовой деятельности,
- 2 ввести токолитики,
- 3 произвести амниотомию,
- 4 родоразрешить путём операции кесарево сечение,
- 5) назначить кровоостанавливающие средства.

**9. Какой основной принцип терапии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?**

- 1 усиление родовой деятельности,
- 2 ведение самопроизвольных родов,
- 3 ведение самопроизвольных родов с исключением потуг,
- 4 немедленное оперативное родоразрешение,
- 5 введение токолитиков.

**10. Какие осложнения для матери при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?**

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 разрыв матки,                  | 4 повышение АД,                   |
| 2 слабость родовой деятельности, | 5 коагулопатическое кровотечение. |
| 3 гипотоническое кровотечение,   |                                   |

**11. Какие осложнения для плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты?**

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1 разгибательное вставление головки, | 4 аномалии развития плода,       |
| 2 гипоксия плода,                    | 5 выпадение мелких частей плода. |
| 3 гипотрофия плода,                  |                                  |

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4	4	1	4	3	3	2	2	4	5	2

**Тема 13 Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.**

**1. Какие женщины относятся к «группе риска» по гипотоническому кровотечению в родах?**

1. Первородящие старшего возраста
2. Аборты в анамнезе
3. Опухоли матки
4. Наличие экстрагенитальной патологии
5. Многоводие, многоплодие, крупный плод
6. Многородящая
7. Всё выше перечисленное

**2. Какова максимальная продолжительность последового периода (в норме)?**

- |              |           |
|--------------|-----------|
| 1. 10-15 мин | 3. 60 мин |
| 2. 30 мин    | 4. 2 часа |

**3. Причины кровотечения в последовом периоде?**

1. Гипотоническое состояние матки
2. Атония матки
3. Дефект плаценты
4. Плотное прикрепление или приращение плаценты
5. Коагулопатия

**4. Какие манипуляции проводятся в последовом периоде?**

1. Осмотр в зеркалах
2. Влагалищное исследование
3. Ручное отделение и выделение последа
4. Ручное обследование полости матки
5. УЗИ

**5. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде?**

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1. Гипотония матки      | 4. Синдром ДВС            |
| 2. Дефект плаценты      | 5. Всё выше перечисленное |
| 3. Травма родовых путей |                           |

**6. Патофизиологические механизмы причин, приводящих к гипотоническому кровотечению в раннем послеродовом периоде?**

1. Вращение ворсин хориона в стенку матки
2. Кровотечение при отсутствии признаков отделения плаценты
3. Кровотечение небольшими порциями при расслаблении тонуса матки
4. Наличие дефекта плацентарной ткани при осмотре
5. Кровотечение струйкой без сгустков
6. Кровотечение струйкой с образованием сгустков

7. Наличие разрыва стенок влагалища

**7.Какая кровопотеря в родах считается физиологической?**

1. До 0,5% массы тела
2. До 0,8% массы тела
3. До 1% массы тела
4. До 1,5% массы тела

**8. С чего начинают последовательность мероприятий при гипотоническом кровотечении?**

1. Холод на матку
2. Гемотрансфузия
3. Окситоцин в вену
4. Шов на шейку матки
5. Тампонада матки
6. Надвлагалищная ампутация матки
7. Ручное обследование полости матки
8. Наружный массаж матки

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8
7	2	4	3	1	4	3	7

**Тема 14 Экстрагенитальная патология**

**1.Что заставляет думать врача женской консультации заподозрить у беременной, страдающей пороком сердца, сердечную недостаточность?**

1. Прибавка массы тела
2. Появление тошноты, рвоты
3. Одышка, тахикардия, учащённое дыхание, нарушение сердечного ритма
4. Головокружение, общая слабость, головная боль
5. Появление белка в моче

**2.Что необходимо установить в первую очередь после установления диагноза гипертонической болезни у беременной?**

1. Стадию гипертонической болезни
2. Срок беременности
3. Желание женщины иметь ребёнка
4. Возможность продолжения беременности
5. Ничего из перечисленного

**3.Какие из перечисленных групп препаратов необходимы для лечения беременных с анемией?**

1. диуретики
2. гипотензивные
3. Препараты железа, гемотрансфузия
4. витамины
5. нитрофураны

**4.При гипертоническом кризе нередко наблюдается следующие симптомы:**

1. парестезии (онемение пальцев), покраснение лица
2. ощущение жара, головная боль в области затылка
3. усиленное потоотделение
4. мелкие, судорожные подёргивания мышц лица

**5.Абсолютными противопоказаниями к беременности при сахарном диабете являются:**

1. осложнение сахарного диабета диабетическим гломерулонефритом или ретинопатией
2. заболевание сахарным диабетом обоих супругов
3. тяжёлая форма сахарного диабета с ацидозом
4. сочетание диабета и активного туберкулёза

**6.Может ли мать, страдающая закрытой формой туберкулёза, кормить ребёнка грудью?**

1. нет
2. может кормить ребёнка 3 месяца

3. может кормить первые 7 суток
4. может кормить ребёнка грудью до года
- 7. Какое исследование необходимо произвести беременной, страдающей сахарным диабетом?**
  1. измерение ректальной температуры
  2. осмотр глазного дна
  3. рентгеноскопия грудной клетки
  4. определение в крови общего белка, фибриногена, сахара, билирубина

**Эталоны ответов**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
3	1	3	2	1	5	3

**Тема 15 Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода..**

**1. Какое положение занимает плод при поперечном положении?**

1. Одна из крупных частей находится выше гребня подвздошной кости
2. Головка плода в дне матки
3. Обе крупные части плода находятся выше гребней подвздошных костей
4. Ягодицы высоко над входом в малый таз
5. Ничего из выше перечисленного

**2. Как определяется позиция при поперечном положении плода?**

1. По отношению мелких частей к стенкам матки
2. По отношению головки плода к боковой стенке матки
3. По отношению спинки плода к боковым стенкам матки
4. По отношению головки плода к плоскости входа в малый таз

**3. При каком сроке беременности можно провести наружный акушерский поворот?**

1. 38 нед.
2. 32-34 нед.
3. 28 нед
4. 35-36 нед.
5. 39-40 нед.

**4. Какие причины способствуют поперечному положению плода?**

1. Снижение тонуса матки, дряблость мускулатуры передней брюшной стенки
2. Многоводие, маловодие
3. Многоплодная беременность
4. Предлежание плаценты

**5. Возможны ли роды через естественные родовые пути при поперечном положении плода?**

1. Возможны
2. Не возможны
3. Возможны только недоношенным плодом
4. Возможны с помощью классического акушерского поворота

**6. Какую тактику выбрать во втором периоде родов при поперечном положении плода?**

1. Провести внутренний классический поворот на ножку при сохранении подвижности плода
2. При мертвом плоде - плодоразрушающую операцию

3. Кесарево сечение

4. Провести наружный акушерский поворот на головку

**7. Каковы особенности течения беременности при поперечном положении плода?**

1. Преждевременное прерывание беременности

2. Слабость родовых сил

3. Преждевременное излитие околоплодных вод

4. Гестоз

**8. Какие осложнения встречаются в 1 периоде родов при поперечном положении плода?**

1. Слабость родовых сил

2. Раннее излитие околоплодных вод

3. Выпадение петель пуповины и мелких частей плода

4. Несоответствие головки плода и таза матери

**9. Какие осложнения встречаются во 2 периоде родов при поперечном положении плода?**

1. Запущенное поперечное положение плода

2. Спазм внутреннего зева

3. Разрыв матки

4. Запрокидывание ручек плода

**10. Что нужно предпринять при поперечном положении плода во 2 периоде родов при живом плоде?**

1. Провести наружный акушерский поворот

2. Провести внутренний классический поворот на ножку при сохранении подвижности плода

3. Экстракция плода за ножку

4. Кесарево сечение

**11. Что нужно предпринять при поперечном положении мёртвого плода во 2 периоде родов?**

1. Экстракция плода за ножку

3. Кесарево сечение

2. Провести внутренний классический поворот на ножку

4. Плдоразрушающая операция

**12. Какой вид обезболивания используется при проведении классического поворота на ножку?**

1. Без анальгезии

2. Местное обезболивание

3. Пудендальная анестезия

4. Глубокий наркоз

**13. Когда поворот плода на ножку считается законченным?**

1. При рождении плода до пупочного кольца
2. При рождении плода до нижнего угла лопатки
3. При выведении головки
4. При выведении ножки до подколенной ямки

**14. Выберите условия для проведения классического поворота живого плода на ножку**

1. Нормальные размеры плода
2. Полное раскрытие маточного зева
3. Сохранение подвижности плода
4. Хорошая родовая деятельность

**15. Когда применяется операция поворота плода на ножку**

1. При крупном плоде
2. При раннем излитии околоплодных вод
3. При недоношенном плоде
4. При поперечном положении второго плода из двойни

**16. Выберите показания к эмбриотомии при поперечном положении плода**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Резкое сужение костного таза           | 3. Угроза разрыва матки при живом плоде           |
| 2. Угроза разрыва матки при мёртвом плоде | 4. Запущенное поперечное положение мёртвого плода |

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3	2	4	5	4	1	2	1	2	3	4	4	4	1	4	3

**Тема 16** Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.

**1. Что называется операцией наложения акушерских щипцов?**

1. Извлечение плода с помощью краниокласта
2. Экстракция плода за ножку
3. Извлечение плода за головку с помощью акушерских щипцов
4. Акушерский поворот с последующим извлечением плода
5. Извлечение плода через разрез на матке

**2. Акушерские щипцы являются инструментом только...**

- |                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. компрессионным | 4. перфоративным            |
| 2. влекущим       | 5. Ничего из перечисленного |
| 3. ротационным    |                             |

**3. Какая основная модель щипцов применяется в настоящее время в России?**

- |                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 1. Чемберлена         | 4. англо-русские Симпсона-Феноменова |
| 2. русские Лазаревича | 5. французские Левре                 |
| 3. английские Смелли  | 6. немецкие Негеля                   |

**4. Какие показания для наложения акушерских щипцов?**

1. гипоксия плода
2. упорная слабость родовой деятельности



3. преэклампсия

4. тяжёлое заболевание матери

**5. Какие условия необходимы для операции наложения акушерских щипцов?**

1. отсутствие плодного пузыря

2. полное раскрытие маточного зева

3. нормальные размеры таза

4. стояние головки плода в полости или выходе малого таза, а стреловидный шов находится в одном из косых или прямом размере

**6. Как проводится подготовка к операции наложения акушерских щипцов?**

1. обработка рук хирурга

2. катетеризация мочевого пузыря

3. обработка наружных половых органов

4. ручное обследование полости матки

**7. Какие осложнения для матери возможны при операции наложения акушерских щипцов?**

1. нарастание тяжести экстрагенитальной патологии

2. образование влагалищно-пузырной фистулы

3. предлежание плаценты

4. разрыв шейки матки, промежности

**8. Какие показания к операции вакуум-экстракции плода?**

1. слабость родовой деятельности, не поддающаяся терапии

2. гидроцефалия

3. начинающаяся гипоксия плода

4. эклампсия

**9. Какое обезболивание показано при вакуум-экстракции?**

1. ингаляционный наркоз

2. внутривенный наркоз

3. рауш-наркоз

4. пудендальная анестезия 0,25% раствором новокаина

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	2	4	6	6	1	3	2	4

**Тема 17 Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.**

**1. Какую из перечисленных операций можно назвать кесаревым сечением?**

1. Лапаротомия по поводу разрыва матки с извлечением плода из брюшной стенки
2. Извлечение плода и последа через искусственно сделанный разрез на матке
3. Удаление вросшую в матку плаценту
4. Оперативное извлечение плода через естественные родовые пути

5. Операция уменьшения плода в объёме

**2. Какие показания к операции кесарева сечения относятся к абсолютным?**

1. Клинически узкий таз
2. Абсолютно узкий таз
3. Первородящая старшего возраста
4. Краевое предлежание плаценты
5. Гестозы

**3. При каких условиях операция кесарево сечение по относительным показаниям противопоказана?**

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы
2. Инфекционные воспалительные заболевания любой локализации
3. Пороки развития матки
4. Рак лёгкого

**4. Какой разрез по длине должен быть на матке при операции кесарево сечение?**

1. 2 см
2. 6 см
3. 8 см
4. 12 см

**5. В каких случаях следует проводить корпоральное кесарево сечение?**

1. При разгибательных вставлениях головки плода
2. При центральном предлежании плаценты
3. Выраженной гипоксии плода
4. Упорной слабости родовой деятельности

**6. Какие осложнения могут быть во время операции кесарево сечение?**

1. Преждевременное излитие вод
2. перитонит
3. гипотоническое кровотечение
4. несостоятельность швов на матке

**7. Какие осложнения послеоперационного периода встречаются после операции кесарево сечение?**

1. перитонит
2. опухоли матки
3. эмболия околоплодными водами
4. раннее излитие вод

**8. Какая основная цель проведения плодоразрушающих операций?**

1. умертвление плода
2. выключение потуг при живом плоде
3. уменьшение объёма извлекаемого плода
4. изменение вставления предлежащей части

**9. Какие основные показания к плодоразрушающим операциям?**

1. абсолютно узкий таз
2. мёртвый плод
3. неправильное положение мёртвого плода
4. уродство плода - анэнцефалия

**10. При каких условиях можно провести плодоразрушающую операцию?**

1. наличие целого плодного пузыря
2. абсолютно узкий таз
3. полное раскрытие маточного зева
4. раскрытие маточного зева на 3-4 см

**11. Какие осложнения могут произойти при проведении плодоразрушающих операций?**

1. травматизм плода
2. травматизм матери
3. раннее излитие околоплодных вод
4. выпадение петель пуповины

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	2	2	4	2	3	1	3	3	4	3

**Тема 18 Презлампися.**

**1. При каком сроке беременности наблюдается ранний токсикоз?**

1. 4-12 недель
2. 13-20 нед.
3. 21-30 нед.
4. 31-36 нед.

**2. Какая из перечисленных форм раннего токсикоза беременных встречается наиболее часто?**

- |             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| 1. птоализм | 3. бронхиальная астма беременных |
| 2. рвота    | 4. дерматит беременных           |

**3. Какие изменения в моче характерны для тяжёлого течения рвоты беременных?**

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1. гликозурия   | 3. ацетонурия |
| 2. альбуминурия | 4. гематурия  |

**4. Как изменяется суточный диурез при тяжёлом течении рвоты беременных?**

- |                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| 1. не изменяется             | 3. увеличивается |
| 2. существенно не изменяется | 4. уменьшается   |

**5. Какова динамика артериального давления при тяжёлой форме раннего токсикоза беременных?**

- |                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. существенно не изменяется | 3. снижается                      |
| 2. повышается                | 4. артериальное давление лабильно |

**6. Какой симптом является наиболее грозным при тяжёлой форме раннего токсикоза беременных?**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1. сухость языка и кожных покровов | 3. стойкая тахикардия |
| 2. ацетонурия +++++                | 4. желтуха            |

**7. Где следует проводить лечение больной, страдающей ранним токсикозом беременных средней тяжести?**

- |  |  |
|--|--|
| 1. на дому, с соблюдением постельного режима | 3. амбулаторно                             |
| 2. в стационаре терапевтического отделения   | 4. в акушерско-гинекологическом стационаре |

**8. С какой из перечисленных форм начинается обычно развитие преэклампсии?**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 1. вызванная беременностью гипертензия | 3. преэклампсия |
| 2. вызванные беременностью отеки       | 4. эклампсия    |

**9. Какая из перечисленных форм преэклампсии является наиболее тяжёлой по клиническому течению?**

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. гипертония | 3. преэклампсия |
| 2. отеки      | 4. эклампсия    |

**10. Какие изменения в моче характерны для преэклампсии?**

- |                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 1. глюкозурия   | 3. ацетонурия                   |
| 2. альбуминурия | 4. альбуминурия и цилиндринурия |

**11. Какова динамика артериального давления при отёках беременных?**

- |                              |                                   |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. существенно не изменяется | 3. снижается                      |
| 2. повышается                | 4. может снижаться или повышаться |

**12. Какая форма эклампсии является наиболее лёгкой в клиническом и прогностическом отношении?**

- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. во время беременности | 3. в послеродовом периоде         |
| 2. во время родов        | 4. в родах и послеродовом периоде |

**13. Какая форма эклампсии является наиболее тяжёлой в клиническом и прогностическом отношении?**

- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. во время беременности | 3. в послеродовом периоде         |
| 2. во время родов        | 4. в родах и послеродовом периоде |

**14. Какому лечебному препарату Вы отдаёте предпочтение при лечении гипертонии беременных?**

1. сернокислой магнезии
2. резерпину
3. кофеину
4. дибазолу

**15. Можно ли при нефропатии, сопровождающейся альбуминурией, рекомендовать диету, содержащую белок?**

1. можно
2. нельзя
3. следует воздержаться
4. необходимо рекомендовать

**16. Как в количественном отношении изменяется содержание белка в крови при нефропатии?**

1. не изменяется
2. снижается
3. повышается
4. не изменяется или повышается

**17. Какова максимальная физиологическая прибавка массы тела беременной за неделю во время беременности (в граммах)?**

1. 50-100
2. 100-150
3. 200-250
4. 300-400

**18. Какое влияние оказывает сернокислая магнезия на сократительную деятельность матки?**

1. не оказывает влияния
2. усиливает сокращение матки
3. резко усиливает схватки
4. угнетает сократительную деятельность матки

**19. Какие из перечисленных признаков позволяют установить переход в преэклампсию?**

1. увеличение альбуминурии с 0,33 до 3,3%
2. повышение АД до 150 и 100 мм рт. ст.
3. появление мозговых симптомов
4. появление признаков внутриутробной гипоксии плода

**20. Какой симптом является наиболее грозным при преэклампсии?**

1. выраженный отёк гениталий
2. жалобы на головную боль и нарушения зрения
3. повышение АД по сравнению с исходным на 30-40 мм рт. ст.
4. обнаружение в моче белка в количестве 6,6%

**Эталонные ответы**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	2	3	4	3	4	4	2	4	4	1	3	1	1

15	16	17	18	19	20
4	2	4	4	3	2

**Тема 19 Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.**

**Выберите**

**1. Аномалии развития и врождённые заболевания плода могут возникнуть в результате:**

1. генетических факторов
2. хромосомных аббераций
3. воздействия вредных факторов на зародыш (эмбриопатии)
4. воздействие вредных факторов на плод (фетопатии)

**2. Какие заболевания беременной могут привести к гипоксии плода?**

1. анемия
2. сердечная недостаточность
3. инфекционные заболевания
4. хронический сальпингоофорит

**3. Какие осложнения родов могут привести к гипоксии плода?**

- |                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. слабость родовой деятельности | 3. тазовое предлежание плода |
| 2. преэклампсия                  | 4. узкий таз                 |

**4. Какие изменения пуповины являются причиной гипоксии плода?**

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. истинный узел               | 3. обвитие пуповины вокруг шеи плода |
| 2. длинная утолщённая пуповина | 4. ложный узел                       |

**5. Какие изменения в плаценте могут быть причиной гипоксии плода?**

1. расположение плаценты в дне матки
2. преждевременная отслойка плаценты
3. расположение плаценты на правой боковой стенке
4. «старение» плаценты

**6. Какие изменения сердечной деятельности выявляются при гипоксии плода?**

1. тоны ясные 140 в мин, ритмичные
2. тоны глухие 170 в мин, ритмичные
3. тоны ясные 120 в мин, ритмичные
4. тоны приглушены 90 в мин, аритмичные

**7. Какие методы применяются для диагностики состояния плода?**

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. фоноэлектрокардиография | 3. амниоцентез              |
| 2. амниоскопия             | 4. влагалищное исследование |

**8. Какие лекарственные средства применяются для лечения гипоксии плода?**

- |                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. раствор эуфиллина 2,4% 10 мл | 3. ККБ 100 мг      |
| 2. раствор глюкозы 20% 20 мл    | 4. сигетин 1% 2 мл |

**9.Что предпринять при тяжёлой гипоксии плода при головном предлежании в конце 2 периода родов?**

1. предоставить роды самостоятельному течению

2. кесарево сечение

3.экстракция плода за ножку

4.наложение акушерских щипцов

**10.Какие признаки оцениваются при рождении ребёнка (шкала Апгар)**

1. цвет кожных покровов

2. сердцебиение

3. дыхание

4.рефлексы, мышечный тонус

5.все вышеперечисленные

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	3	5	3	3	1	3	4	5

**Тема 20 Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции**

**1: За вопросом, приведённым ниже, следует 5 ответов или утверждение. Выберите один, наиболее правильный ответ.**

1. Какое количество женщин одного участка обслуживается участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации? Выберите.

1. 2000

4. 4 000

2. 10 000

5. 5 000

3. 500

**2. Какая организация оказывает акушерскую помощь женщинам во время беременности? Выберите.**

1. терапевтическое отделение

4. участковая поликлиника

2. педиатрическое отделение

5. АТП-комплекс

3. только родильный дом

**3. Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и роддоме на руки каждой беременной и родильнице что выдаётся? Выберите.**

1. история родов

4. история болезни

2. статистический талон

5. страховой полис

3. обменная карта

**4.Каким учреждением является женская консультация? Выберите.**

1. приёмно-сортировочным

2. лечебным

3. лечебно-профилактическим

4. профилактическим
5. ничего из вышеперечисленного

**5. Каковы основные функции и задачи женской консультации? (см. таблицу)**

1. Оказание лечебно-профилактической помощи беременным и родильницам, психопрофилактическая подготовка беременных к родам.
2. Снижение показателей материнской смертности, мертворождаемости, ранней детской смертности и процента невынашивания.
3. Лечебно-профилактическая помощь гинекологическим больным.
4. Изучение условий труда, оказание социально-правовой помощи, борьба с абортами.

**6. Какие обязательные помещения должна иметь женская консультация (см. схему).**

- 1 Кабинет акушера-гинеколога
- 2 Кабинет контрацепции, лечения бесплодия, физиопрофилактики, подготовки к родам
- 3 Физиотерапевтический, процедурная, лаборатория
- 4 Кабинет терапевта, окулиста, эндокринолога, венеролога, правовой кабинет

**7. Какое количество раз здоровая беременная должна пройти осмотр терапевта за время нахождения на учёте в женской консультации? (см. схему)**

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1) 3 раза | 3) 6 раз  |
| 2) 5 раз  | 4) 2 раза |

**8. Что необходимо врачу женской консультации решать в первую очередь при выявлении у беременной грубой патологии сердечно-сосудистой системы? (см. схему)**

- 1) направить женщину в Москву на консультацию
- 2) поставить вопрос о пролонгировании беременности
- 3) решить вопрос у кардиохирурга
- 4) решить вопрос о правильном родоразрешении в специализированном стационаре.

**Эталоны ответов**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8.</b>
5	5	3	3	5	5	4	4

**Тема 21**

**1. Основными симптомами в гинекологии являются:**

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1 боли         | 4 Диспареуния        |
| 2 бели         | 5 Бесплодие          |
| 3 кровотечения | 6 все перечисленное. |

**2. Укажите продолжительность нормальной менструации:**

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

**3. Укажите преимущественно какие гормоны вырабатываются клетками желтого тела:**

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 1 ФСГ       | 5 Эстрон       |
| 2 ЛГ        | 6 Прогестерон  |
| 3 Пролактин | 7 тестостерон. |
| 4 Эстрадиол |                |

**4. Особенности нормального менструального цикла являются:**

- 1 овуляция
- 2 образование желтого тела в яичнике
- 3 преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- 4 все перечисленное
- 5 ничто из перечисленного.

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

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 симптом "зрчка"                | 4 кольпоцитологическое исследование |
| 2 симптом папоротника            | 5 повышение базальной температуры.  |
| 3 симптом натяжения шейной слизи |                                     |

**6. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища проводится:**

- 1 под обезболиванием  
2 без обезболивания
- 3 без согласия пациентки
- 7. Концентрация какого из перечисленных веществ отражает содержание яичниковых андрогенов в крови?**
- 1 тестостерон  
2 андростендион  
3 ДГАЭС  
4 17-гидроксипрогестерон.
- 8. К репродуктивному периоду относится возраст:**
- 1 15-49 лет  
2 18-45 лет  
3 20-48 лет  
4 21-55 лет
- 9. Эстрогены синтезируются:**
- 1 клетками гранулезы фолликула  
2 желтым телом  
3 корковым веществом надпочечника  
4 все перечисленное  
5 ничто из перечисленного.
- 10. Тесты функциональной диагностики позволяют определить::**
- 1 двухфазность менструального цикла  
2 уровень эстрогенной насыщенности организма  
3 наличие овуляции  
4 полноценность лютеиновой фазы цикла  
5 все перечисленное.

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	2	6	4	5	1	1	1	1	5

**Тема 22**

**1. Аномальные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:**

- 1/ с прогрессирующей беременностью  
2/ с начавшимся самопроизвольным выкидышем  
3/ с подслизистой миомой матки  
4/ правильные ответы 2/ и 3/  
5/ все ответы правильные.

**2. Для дисменореи выберите наиболее подходящее лечение:**

- 1/ эстрогены  
2/ гидрокортизон  
3/ тестостерон  
4/ ингибиторы простагландинов  
5/ ничего из перечисленного.

**3. Первичная дисменорея обусловлена:**

- 1/ половым инфантилизмом  
2/ ретродевиацией матки  
3/ высокой продукцией простагландинов  
4/ все перечисленное  
5/ ничто из перечисленного.

**4. Выберите наиболее оптимальную лечебную тактику при обильном маточном кровотечении у женщины в возрасте 45 лет.**

- 1/ измерение базальной температуры тела  
2/ биопсия эндометрия  
3/ гистероскопия и диагностическое выскабливание матки  
4/ диагностическая гистероскопия  
5/ определение концентрации эстрогенов и прогестерона.

**5. Ложная аменорея может быть обусловлена:**

1. атрезией гимена  
2. дисгенезией гонад  
3. беременностью  
4. отсутствием матки

**6. Отрицательная прогестероновая проба свидетельствует об аменореи какого генеза?:**

1. гипоталамической



- 2.гипофизарной
- 3.яичниковой
- 4.маточной
- 5.надпочечниковой

**7. Какая гистологическая картина соскоба из полости матки свидетельствует о полноценной лютеиновой фазе:**

- 1/ фаза секреции
- 2/ фаза пролиферации
- 3/ железистая гиперплазия
- 4/ железисто-кистозная гиперплазия.

**8. Лечение первичной дисменореи включает всё, кроме:**

- 1/ цефтриаксон
- 2/ индометацин
- 3/ анальгин
- 4/ нестероидные противовоспалительные средства
- 5/ оральные контрацептивы.

**9. При рецидивирующих АМК может быть диагностировано все, кроме:**

1. аденокарцинома эндометрия
- 2.полип цервикального канала
- 3.атипическая гиперплазия эндометрия
- 4.рак эндометрия

**10. Для хирургического лечения АМК(аномальных маточных кровотечений) применяют:**

- 1.кольпоскопия
- 2.гистероскопия
- 3.выскабливание полости матки
4. гистеросальпингография
- 5.лапароскопия

**11. Симптомом каких заболеваний может быть АМК :**

- 1/ лейкоз
- 2/ миома
- 3/ эндометриоз
- 4/ опухоли яичников
- 5/ коагулопатии
- 6/ все перечисленное

#### Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4	4	4	3	1	4	1	1	2	3	6

#### Тема 23

**1. Лечение синдрома гиперпролактинемии включает назначение:**

- 1/ синтетических прогестинов
- 2/ андрогенов
- 3/ стимуляторов овуляции
- 4/ каберголина
- 5/ все перечисленное.

**2. Укажите при каких заболеваниях встречается ложная аменорея:**

- 1/ синдром Шерешевского-Тернера
- 2/ синдром Рокитанского-Кюстера
- 3/ адреногенитальный синдром
- 4/ атрезия hymen
- 5/ все перечисленное.

**3. Врожденная гиперплазия надпочечников.**

Для данной клинической ситуации выберите наиболее подходящее лечение:

- 1/ эстрогены и прогестины
- 2/ гидрокортизон

3/ прогестины

4/ ингибиторы простагландинов

5/ ничего из перечисленного

**4. Наличие акне у молодой женщины, вследствие СПКЯ. Выберите препарат, наиболее подходящий для лечения этого состояния:**

1/ гестагены

2/ преднизолон

3/ кломифен

4/ пероральные гормональные контрацептивы

**5. Положительная прогестероновая проба позволяет исключить аменорею:**

1/ гипоталамического генеза

2/ гипофизарного генеза

3/ яичникового генеза

4/ маточного генеза

5/ надпочечникового генеза.

**6. Диагноз "аменорея" выставляется при отсутствии менструации:**

1/ 2 месяца и более

2/ 3 месяца и более

3/ 4 месяца и более

4/ 6 месяцев и более.

**7. При дисгенезии гонад восстановление генеративной функции:**

1/ возможно длительной циклической терапией половыми гормонами

2/ достигается стимуляцией овуляции

3/ обеспечивается клиновидной резекцией яичников

4/ как правило, бесперспективно.

**8. 12-летняя девушка с нормальным половым развитием предъявляет жалобы на отсутствие менструаций. Для данного клинического случая выберите тип аменореи:**

1/ эугонадотропная аменорея

2/ физиологическая аменорея

3/ гипергонадотропная аменорея

4/ аменорея, обусловленная избытком андрогенов

5/ гипогонадотропная аменорея.

**9. Какое из перечисленных состояний может быть обусловлено приемом агонистов ГнРГ?**

1/ аменорея

2/ гипертензия

3/ тромбоз легочной артерии

4/ инфаркт миокарда

5/ диабет.

**10. Какие из перечисленных синдромов вызывают первичную аменорею:**

1/ Киари-Фроммеля

2/ Шихана

3/ Шерешевского-Тернера

4/ Ашермана

5/ СПКЯ.

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	2	4	4	4	4	2	1	3

## Тема 24

**1. Процесс формирования внутренних половых органов заканчивается:**

1. к 18 неделям беременности

2. к 24 неделям беременности

3. к 26 неделе беременности

4. к 38 неделе беременности

**2. В передней доле гипофиза вырабатываются гормоны, кроме:**

1/ ФСГ

- 2/ ЛГ
- 3/ окситоцин
- 4/ пролактин.

**3. Овуляция связана со всеми перечисленными процессами , кроме :**

- 1/ редукционного деления яйцеклетки
- 2/ угнетения секреции ФСГ
- 3/ выброса ЛГ
- 4/ синтеза простагландина.

**4. При взаимодействии гипоталамуса , гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:**

- 1/ одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
- 2/ нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
- 3/ функция звеньев синхронна
- 4/ выключение одного звена нарушает всю систему в целом
- 5/ все перечисленное

**5. К порокам развития матки относят:**

- 1.аплазию
- 2. удвоение
- 3.двурогая матка
- 4.инфантильная матка
- 5. все верно
- 6.верно 1,2,3

**6. При однорогой матке с рудиментарным рогом и бесплодии показано:**

- 1. Метропластика по Штрассману
- 2. Метропластика методом гистерорезектоскопии
- 3. Наблюдение
- 4. Удаление рудиментарного рога

**7. Для синдрома Рокитанского-Кюстнера характерно:**

- 1. первичная аменорея
- 2.вторичная аменорея
- 3.аномальные маточные кровотечения
- 4. невынашивание беременности

**8.Типичным пороком при удвоении матки является:**

- 1.агенезия почки
- 2.стеноз пищевода
- 3.гипертрофия клитора
- 4.пролапс митрального клапана

**9. Противопоказанием к срединной кольпорафии является:**

- 1. Удлинение шейки матки
- 2. Недержание мочи
- 3. Опущение и выпадение передней стенки влагалища
- 4. Опущение и выпадение задней стенки влагалища
- 5. Полное выпадение матки в старческом возрасте

**10. Диагностический поиск при первичной аменорее:**

- 1. определение пролактина крови
- 2.определение прогестерона крови
- 3.определение кариотипа
- 4. МРТ гипофиза

**Эталонные ответы**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	1	5	6	4	1	1	2	3

**Тема 25**

**1. Хориокарцинома –это злокачественная опухоль**

Ответ:

1. миометрия
2. трофобласта
3. эндометрия
4. околоплодных вод

**2. Клинические признаки пузырного заноса:**

Ответы:

1. быстрый рост матки
2. отхождение вод
3. увеличение гонадотропинов
4. уменьшение гонадотропинов

**3. Диагноз пузырного заноса ставиться на основании:**

Ответы:

1. анамнеза
2. амниоскопии
3. ультразвукового обследования
4. кольпоскопии
5. определения ХГЧ, УЗИ матки

**4. Тактика врача при подозрении на пузырный занос:**

Ответы:

1. срочная госпитализация и удаление матки
2. срочное выскабливание полости матки в любом сроке
3. ультразвуковое обследование
4. количественное определение хорионического гонадотропина и УЗИ матки
5. пальцевое удаление заноса в любом сроке
6. индивидуальный подход к удалению пузырного заноса

**5. Методы лечения пузырного заноса:**

Ответы:

1. гормональный
2. кесарево сечение в любом сроке
3. вакуум - аспирация содержимого матки
4. антибиотикотерапия

**6. Привычный выкидыш – это:**

Ответ:

1. прерывание беременности более 5 раз
2. прерывание беременности 1 раз
3. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз

**7. Укажите симптомы угрожающего выкидыша:**

Ответы:

1. боли в низу живота
2. кровянистые выделения их половых путей
3. повышение тонуса брюшной стенки
4. повышение температуры тела

**8. Укажите симптомы трубного аборта при внематочной беременности:**

Ответ:

1. скудные кровянистые выделения,
2. боли в низу живота,
3. задержка менструации
4. Все вышеперечисленное
5. Правильно 2) и 3)

**9. Лечение угрожающего выкидыша в 8 недель беременности:**

Ответы:

1. Прогестерон
2. Ампициллин
3. Постельный режим
4. мифепристон

**10. Противопоказания для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности при беременности:**

1. Не корригируемые ВПР плода
2. Кровотечение на момент постановки диагноза
3. Признаки хориоамнионита
4. Предлежание плаценты
5. Верно 1,2,3
6. Верно 2,3,4
7. Все верно

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	5	4	3	3	1	4	1	7

**Тема № 26**

**1. При бактериоскопическом исследовании влагалищного содержимого обнаружено много кокков, лейкоциты 30 в поле зрения, палочки Дедерлейна отсутствуют. Какая степень чистоты?**

- 1 I
- 2 II
- 3 III
- 4 IV.

**2. Показанием к хирургическому лечению воспалительных заболеваний придатков матки являются:**

- 1 нарушение менструального цикла
- 2 длительность заболевания более 2-х недель
- 3 общие размеры образования в придатках более 8 см.
- 4 сочетание аднексита с эндоцервицитом
- 5 все перечисленное.

**3. Что относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?**

1. эндоцервицит
2. кольпит
3. эндометрит
4. экзоцервицит

**4. Острое воспаление матки и придатков чаще развивается после:**

- 1 введения ВМС
- 2 гистероскопии
- 3 диагностического выскабливания матки
- 4 биопсии эндометрия
- 5 недавней менструации
- 6 все перечисленное.

**5. Для послеродового эндометрита характерно:**

- 1 температура тела родильницы 38 С. и выше
- 2 тахикардия до 100 в мин.:
- 3 лохии с примесью гноя на 5-е сутки после родов
- 4 все перечисленное
- 5 ничего из перечисленного.

**6. Больным с абсцессом бартолиновой железы в острый период рекомендуется:**

1. электрофорез с новокаином на промежность
2. вскрытие абсцесса и дренирование
3. антибиотикотерапия
4. удаление железы
5. вскрытие абсцесса и наложение швов

**7. Метод верификации хронического эндометрита:**

1. бимануальное исследование
2. УЗИ матки
3. иммуногистохимический метод
4. гистеросальпингография
5. кольпоскопия

**8. У больных с хроническим сальпингоофоритом и абсолютной гиперэстрогенией противопоказано применение:**

1. фонофореза с нафталаном
2. электрофореза йодистого калия
3. радоновых и йодбромных ванн
4. переменного магнитного поля низкой частоты
5. ультразвука в импульсном режиме

**9. Основными клиническими симптомами воспалительных заболеваний нижних отделов полового тракта являются:**

1. зуд и бели
2. повышение температуры тела
3. нарушение менструального цикла

**10. Показания к консультации хирурга наличие у больной:**

1. сальпингоофорит
2. параметрит
3. метроэндометрит
4. абсцесс бартолиновой железы
5. пельвиоперитонит

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	3	3	6	4	2	3	1	1	5

**Тема 27**

**1. Выделите возбудителей воспаления специфической этиологии :**

1. стафилококки
2. стрептококки
3. микобактерии
4. палочки молочно-кислого брожения
5. все перечисленное.

**2. Типичные места персистенции гонококка Нейссера, кроме:**

1. уретра
2. цервикальный канал
3. прямая кишка
4. парауретральные, бартолиновы железы
5. яичники.

**3. Для туберкулеза гениталий характерно:**

1. выраженная клиническая симптоматика при незначительных анатомических изменениях
2. слабая клиническая симптоматика при выраженных анатомических изменениях
3. слабая клиническая симптоматика при незначительных анатомических изменениях
4. выраженная клиническая симптоматика при значительных изменениях в половой сфере.

**4. Для кандидозного кольпита характерно:**

1. повышение температуры до 38,5 С
2. боли в низу живота
3. симптомы раздражения брюшины
4. нарушение менструального цикла
5. бесплодие
6. творожистые бели и зуд

**5. К возбудителям ИППП относят:**

1. хламидии
2. гонококки
3. трихомонады
4. правильные ответы 1/ и 2/
5. все ответы правильные

**6. При генитальном туберкулезе первичный очаг наиболее часто локализуется:**

1. в легких
2. в костях

3. в матке
4. в почках
5. все ответы правильные.

**7. Для пельвиоперитонита гонококковой этиологии характерны:**

1. склонность к образованию спаек и сращений
2. чаще отмечается ограничение процесса
3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
4. правильные ответы 1/ и 2/
5. все ответы правильные.

**8. Лечение генитальной хламидийной инфекции включает:**

1. пенициллины
2. макролиды
3. цефалоспорины
4. фторхинолоны

**8. Типичные локализации хламидийной инфекции:**

1. уретра
2. уретра и цервикальный канал
3. влагалище
4. матка
5. яичники

**9. Укажите какими возбудителями вызывается бактериальный вагиноз:**

1. трихомонадами
2. гонококками
3. грибами
4. гарднереллами
5. хламидиями.

**10. Наиболее эффективный метод идентификации генитальных микоплазм:**

1. ПЦР
2. культуральный
3. иммуноферментный
4. бактериоскопический

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	2	6	5	1	5	2	4	1

**Тема 28**

**1. Консервативная терапия миомы матки включает:**

1. эстрогены
2. гестагены
3. сероводородные ванны
4. озокерит
5. блокаторы рецепторов прогестерон

**2. Эндометриоз шейки матки чаще встречается после:**

1. абортов
2. диатермокоагуляции шейки матки
3. гистеросальпингографии
4. правильные ответы 1 и 3
5. все ответы правильные.

**3. Эндометриодную кисту яичника следует дифференцировать:**

1. с воспалительным образованием придатков матки
2. с кистой яичника
3. с кистой желтого тела
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные.

**4. Для малых форм эндометриоза яичников характерно наличие:**

1. сохранение двухфазного менструального цикла
2. отсутствие выраженного болевого синдрома
3. бесплодия
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные.

**5. В раннем послеоперационном периоде реабилитация больных эндометриозом направлена:**

1. на уменьшение структурных изменений в малом тазу
2. на профилактику рецидива
3. на уменьшение болевых ощущений
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного.

**6. У больных с инфильтративными формами эндометриоза малого таза целесообразно проведение:**

1. экскреторной урографии
2. колоноскопии
3. УЗИ
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

**7. Консервативное лечение эндометриоза предусматривает:**

1. применение гестагеновых препаратов
2. использование токолитиков
3. назначение антибиотиков
4. тепловые процедуры
5. грязевые курорты

**8. Какое консервативное лечение необходимо назначить пациентке 49 лет с эндометриозом в сочетании с миомой матки ?**

1. непрерывный прием пероральных контрацептивов
2. блокаторы прогестерона
3. длительно действующие прогестины внутримышечно
4. циклический прием пероральных контрацептивов
5. агонисты гонадолиберина.

**9. Влияние беременности на развитие эндометриоза:**

1. вызывает увеличение эндометриоидных гетеротопий в первые 2-3 месяца, а затем наступает их обратное развитие
2. особенно заметное обратное развитие эндометриоза наблюдается в послеродовом периоде у лактирующих женщин
3. активизируется развитие эндометриоза на протяжении всей беременности
4. правильные ответы 1 и 2
5. ничто из перечисленного.

**10. Объем операции при миоме матки в сочетании с лейкоплакией шейки матки у больной в возрасте 40 лет:**

1. ампутация матки с придатками
2. ампутация матки без придатков
3. экстирпация матки с придатками
4. экстирпация матки без придатков

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	2	5	5	4	4	1	5	4	4

**Тема 29**

**1. Укажите опухоли яичников, протекающие с асцитом:**

1. зрелая тератома
2. серозная цистаденома
3. муцинозная цистаденома
4. рак яичников.



**2. Тактика врача (1 этап) при впервые выявленном ретенционном образовании в яичнике диаметром 5см у пациентки 24 лет.:**

1. удаление придатков
2. выжидательная
3. лапароскопия, вылушивание кисты
4. консервативное лечение в течение 1-2 менструальных циклов.

**3. Наиболее часто подвергается малигнизации:**

1. фиброма яичника
2. киста желтого тела
3. муцинозная цистаденома
4. серозная цистаденома

**4. Наиболее информативно в дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника:**

1. двуручное влагалищное исследование
2. УЗИ органов малого таза
3. проба с пулевыми щипцами
4. зондирование полости матки.

**5. Оптимальное лечение «бессимптомной» кисты яичника 4см в 1 триместре беременности:**

1. немедленная операция
2. операция во 2 триместре беременности
3. операция после родов
4. прерывание беременности и удаление кисты

**6. При серозной цистаденоме яичника диаметром 7см у пациентки 25 лет производится:**

1. лапаротомия, удаление придатков матки на стороне поражения
2. лапаротомия, удаление пораженного яичника
3. лапароскопическое удаление образования яичника
4. лапаротомия, удаление пораженных придатков и резекция второго яичника.

**7. Какие маркеры рака яичника наиболее информативны ?**

1. СА-125
2. СА- 15-3
3. Хориогонический гонадотропин
4. СА -19-9

**8. Укажите способ лечения рака яичников:**

1. хирургический
2. сочетанно-лучевой
3. комбинированный (хирургический + лучевой)
4. химиотерапия
5. хирургический + химиотерапия

**9. При операции по поводу угрозы разрыва параовариальной кисты производится:**

1. вылушивание кисты
2. удаление придатков на стороне поражения
3. удаление яичника на стороне поражения
4. резекция яичника на стороне поражения

**10. Пациентка 70 лет. Жалоб не предъявляет. При УЗИ органов малого таза обнаружена серозная цистаденома правого яичника 3см. Опухолевые маркеры в норме. Выберите правильную тактику врача:**

1. динамическое наблюдение, контроль УЗИ, консультация онколога
2. операция- экстирпация матки с придатками
3. операция- удаление кисты яичника

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	4	2	3	3	1	5	1	1

**Тема 30. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.**

**1. Факторы риска по возникновению рака шейки матки**

- 1) эндометриоз
- 2) ВПЧ инфекция
- 3) ожирение
- 4) первичное бесплодие
- 5) верно все перечисленное

**2. Верификация рака шейки матки осуществляется с помощью**

- 1) гинекологического осмотра
- 2) гистероскопии
- 3) кольпоскопии
- 4) гистологического исследования биоптата шейки матки
- 5) верно все перечисленное

**3. Материал для гистологического исследования шейки матки получают:**

- 1) при биопсии
- 2) при конизации
- 3) при ампутации
- 4) верно 1, 2
- 5) все верно

**4. Лечение больных предраком шейки матки производится методом**

- 1) электроконизации
- 2) радиоволновой эксцизии
- 3) криодеструкции
- 4) верно 1, 2
- 5) верно 1, 2, 3

**5. Какое обследование вы проведете женщине с целью выявления рака шейки матки при профилактическом осмотре?**

1. гистероскопия
2. мазок на степень чистоты
3. мазок на хламидии из цервикального канала
4. обследование на ВПЧ
5. верно 1, 2
6. все неверно

**6. Выберите метод лечения у пациентки с дисплазией шейки матки умеренной степени:**

1. местное лечение интерфероном
2. местное противовоспалительное лечение
3. радиоволновая эксцизия
4. гистерэктомия

**7. Назовите маркеры плоскоклеточного рака шейки матки:**

1. СА-19-9
2. СА-125
3. SCC
4. альфа-фетопротеин

**8. Анамнестические факторы риска развития дисплазий и рака шейки матки:**

1. ВПЧ инфекция
2. травма шейки матки в родах
3. дисбиоз влагалища
4. все верно
5. верно 1, 2

**9. Ранними клиническими проявлениями РШМ являются :**

1. обильные водянистые бели
2. «контактные» кровянистые выделения из половых путей.
3. боли в низу живота
4. затрудненное мочеиспускание

5. верно 1,2

6. верно 2,3

7. все верно

**10. К вам обратилась пациентка с беременностью 16 недель и выявленной умеренной дисплазией шейки матки. Ваша Тактика:**

1. прерывание беременности
2. наблюдение до родов, затем повторное обследование и лечение
3. немедленная радиоволновая эксцизия
4. местное противовоспалительное лечение

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	5	4	4	3	3	4	5	2

### **Тема 31**

**1. У каких пациенток риск заболеваемости гиперпластическими процессами и раком эндометрия будет высоким:**

1. с нарушением жирового обмена
2. с гипертензией
3. с нарушением толерантности к глюкозе
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные.

**2. Атипичная гиперплазия эндометрия может переходить в рак:**

1. в репродуктивном возрасте
2. в климактерическом возрасте
3. в любом возрасте
4. в периоде постменопаузы.

**3. В группу риска развития гиперпластических процессов эндометрия входят женщины, кроме:**

1. с поздней менопаузой в анамнезе
2. не рожавшие
3. многорожавшие
4. страдающие диабетом
5. страдающие ожирением.

**4. Контроль эффективности консервативной терапии предрака эндометрия проводится:**

1. через 1 мес.;
2. через 2 мес.;
3. через 3 мес.;
4. через 6 мес.;
5. через 1 год.

**5. С целью ранней диагностики рака тела матки у женщин высокой группы риска необходимо:**

1. 1 раз в 6 месяцев делать диагностическое выскабливание
2. 1 раз в 6 месяцев проводить гистологическое исследование аспирата из полости матки
3. 1 раз в 6 месяцев проводить гистероскопическое исследование
4. 1 раз в 6 мес. проводить УЗИ и при увеличении толщины эндометрия выполнить его аспирацию.

**6. У женщины с аденокарциномой эндометрия (стадия 1, степень 1) после экстирпации матки с придатками при исследовании препарата выявлена инвазия опухоли в миометрий на глубину 3 мм. Ваша дальнейшая тактика:**

1. выжидательная (никакого лечения)
2. местное облучение культи влагалища
3. наружное облучение таза
4. биопсия парааортальных лимфоузлов
5. терапия медроксипрогестероном.

**7. Выберите препараты, используемые для лечения железисто-кистозной гиперплазии эндометрия:**

1. гестагены
2. преднизолон
3. окситоцин

4. эстрогены в 1-ю фазу.

**8. Для клинической картины при гиперплазии эндометрия характерны:**

1. обильные менструации
2. скудные менструации
3. болезненные менструации
4. кровяные выделения до менструации

**9. Минимальная величина М-эха, являющаяся признаком гиперплазии эндометрия в постменопаузе:**

1. 4 мм
2. 6мм
3. 7мм
4. 9 мм

**10. У пациентки с аномальным маточным кровотечением обнаружен полип эндометрия. Ваша тактика:**

1. выжидательная
2. гистероскопия, удаление полипа, диагностическое выскабливание слизистой полости матки
3. гистероскопия, удаление полипа
4. экстирпация матки с придатками

**Эталоны ответов**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	3	3	2	4	1	1	1	1	2

### Тема 32

**1. При правильном использовании гормональной контрацепции невозможно развитие :**

1. кольпита
2. апоплексии яичника
3. острого сальпингоофорита
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного.

**2. Выберите тактику врача при перекруте ножки опухоли яичника:**

1. выжидательная
2. лапаротомия (лапароскопия)
3. антибактериальная терапия
4. зондирование полости матки
5. гистероскопия

**3. Прогрессирующая трубная беременность может быть диагностирована:**

1. при выскабливании полости матки
2. при кольпоскопии
3. при гистероскопии
4. при лапароскопии

**4. При перекруте ножки опухоли яичника наблюдается:**

1. сильные боли в низу живота, возникающие после физического напряжения
2. неподвижная, резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании
3. симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

**5. Для апоплексии яичника характерны:**

1. боли в низу живота
2. положительный тест на беременность
3. нарушение менструального цикла
4. бесплодие

**6. Диагностика внематочной беременности включает :**

1. УЗИ органов малого таза
2. Определение уровня ХГЧ
3. Кольпоцентез
4. Гистероскопия

5. Правильно 1,2,3

6. Правильно все

**7. Пациентке 24 лет поставлен диагноз: беременности 16 недель. Угроза разрыва кисты правого яичника(8см).Пельвиоперитонит. Угроза прерывания беременности. Тактика врача:**

1. Лечение направленное на сохранение беременности.

2. лапаротомия(лапароскопия), удаление кисты яичника

3. лапаротомия(лапароскопия), удаление правых придатков

4. лапаротомия(лапароскопия), удаление кисты яичника. Лечение, направленное на сохранение беременности.

**8. Методы срочной лабораторной диагностики при синдроме «острого живота»**

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи

2. мазок на степень чистоты из влагалища

3. Исследование крови на билирубин и щелочную фосфатазу

4. Глюкоза крови

**9. Характерные признаки внутрибрюшного кровотечения:**

1. сглаженность влагалищных сводов

2. болезненность при смещении шейки матки

3. анемический синдром

4. повышение АЛАТ, АСАТ

5. все правильно

6. правильно 1,2,3

7. правильно только 1,3

**10. Укажите симптомы трубного аборта при внематочной беременности:**

1. скудные кровянистые выделения,

2. боли в низу живота,

3. задержка менструации

4. Все вышеперечисленное

5. Правильно 2) и 3)

#### Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	4	5	1	5	4	1	6	4

#### Тема 33

**1. Типичная хирургическая ножка кисты при ее перекруте включает:**

1. воронкотазовую, собственную связку яичника, часть широкой связки

2. воронкотазовую, круглую связку, маточную трубу

3. круглую, широкую, собственную связку яичника

4. воронкотазовую, собственную связку яичника, часть широкой связки матки, маточную трубу.

**2. Объем оперативного вмешательства при раке яичников:**

1. операция Вертгейма

2. удаление придатков

3. ампутация матки с придатками

4. экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника

**3. Укажите метод лечения при разрыве серозной кисты яичника:**

1. лапаротомия, резекция яичника в пределах здоровой ткани

2. консервативная терапия

3. лапаротомия, удаление придатков на стороне поражения.

**4. Пациентка подвергнута срочному оперативному лечению с диагнозом: Беременность 7 недель. Разрыв кисты желтого тела. Ваша тактика:**

1. удаление яичника

2.удаление придатков матки

3.ушивание яичника

4. дренирование яичника

**5. При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника**

1. перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
2. производят экстирпацию матки с придатками
3. удаляют оба яичника
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное неверно
- 6. Противопоказания для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности при беременности:**
  1. Не коррегируемые ВПР плода
  2. Кровотечение на момент постановки диагноза
  3. Признаки хориоамнионита
  4. Предлежание плаценты
  5. Верно 1,2,3
  6. Верно 2,3,4
  7. Все верно
- 7. Противопоказанием к срединной кольпорафии является**
  1. Удлинение шейки матки
  2. Недержание мочи
  3. Опущение и выпадение передней стенки влагалища
  4. Опущение и выпадение задней стенки влагалища
  5. Полное выпадение матки в старческом возрасте
- 8. Противопоказания к проведению эмболизации маточных артерий: 1) субсерозный узел на ножке; 2) беременность; 3) тазовая инфекция в стадии обострения; 4) недифференцированное опухолевидное образование в малом тазу, подозрение на лейомиосаркому.**
  1. Правильно 1, 3;
  2. Правильно 2, 4;
  3. Все правильно;
  4. Все неправильно
- 9. При обращении женщины для проведения медицинского аборта в сроке до 12 недель спектром обследования является:**
  1. Микроскопия влагалищного мазка, определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза
  2. Микроскопия влагалищного мазка, определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза, RW, HbsAg, ВИЧ, консультация психолога
  3. Микроскопия влагалищного мазка, определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза, RW, HbsAg, ВИЧ, о. анализ крови, о. анализ мочи
  4. Микроскопия влагалищного мазка, определение групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза, ХГЧ.
- 10. Профилактика тромбоэмболических осложнений перед операцией проводится:**
  1. нефракционированным гепарином
  2. аспирином
  3. варфарином
  4. низкомолекулярным гепарином

#### Эталоны ответов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	1	3	5	7	2	3	2	4

#### Тема 34

**1. Наиболее оптимальный метод контрацепции для курящей пациентки 35 лет, которая является матерью одного ребёнка и страдает тромбозом нижних конечностей:**

1. Монофазная гормональная контрацепция;
2. Хирургическая стерилизация;
3. Внутриматочная контрацепция;
4. Двухфазная гормональная контрацепция;
5. Трёхфазная гормональная контрацепция.

**2. В каких случаях необходимо информированное согласие одного из родителей или опекуна при проведении медицинского аборта у несовершеннолетних:**

1. Все случаи до 18 лет
2. Все случаи до 17 лет
3. Все случаи до 16 лет
4. Все случаи до 15 лет, а также у несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет

**3. С помощью каких препаратов производится медикаментозный аборт:**

1. гонадотропины
2. антипрогестины
3. антибиотики
4. эстрогены

**4. Какие из перечисленных средств относятся к комбинированным оральным контрацептивам:**

1. Новаринг
2. Джес
3. Евра
4. Мирена

**5. Противопоказания к использованию комбинированной гормональной контрацепции:**

1. хронический бронхит
2. инсульт в анамнезе
3. внематочная беременность в анамнезе
4. нарушение менструального цикла

**6. Какая группа веществ обуславливает действие гормональной контрацепции:**

1. андрогены
2. эстрогены
3. гестагены
4. все верно

**7. Лечебные эффекты гормональной контрацепции:**

1. уменьшение менструальной кровопотери
2. уменьшение тяжести дисменореи
3. лечение предменструального синдрома
4. верно 1,3
5. все верно

**8. Какое обследование обязательно для назначения гормональной контрацепции?**

1. УЗИ органов малого таза
2. Сбор анамнеза и измерение артериального давления
3. Сбор анамнеза и определение гормонального профиля крови
4. Гистероскопия

**9. Основное показание к ЭКО и переносу эмбриона:**

1. абсолютное трубное бесплодие
2. полип цервикального канала
3. эндометриоз матки
4. миома матки

**10. Обследование бесплодной пары начинают:**

1. с мужчины
2. с женщины
3. все равно

**Эталонные ответы**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	4	2	2	2	3	5	2	1	1

## 2.2 Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1. Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара.

Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах.

1. Акушерство как наука. Основные показатели службы. Программа «Безопасное материнство».
2. Половой цикл. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Норма беременности.
3. Организация работы акушерского стационара. Основные показатели его работы.

Тема 2. Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.

1. Таз с акушерской точки зрения. Тахоизмерение. Мышцы тазового дна. Учение о плоскостях таза. Плод как объект родов.
2. Диагностика беременности.
3. Методы акушерского исследования. Определение предполагаемой массы плода и срока родов.

Тема 3. Физиологические роды. Управление родовым актом. Периоды, течение и ведение родов.

1. Биомеханизм родов при сгибательном и разгибательном предлежании головки.
2. Клиническое течение и ведение родов (по периодам).
3. Физиологические роды. Управление родовым актом.

Тема 4. Послеродовой период. Период новорожденности.

1. Физиологический послеродовой период
2. Период новорожденности.
3. Лактация, диета.

Тема 5. Аномалии родовой деятельности.

4. Аномалии родовой деятельности. Слабость родовой деятельности.
5. Дискоординированная родовая деятельность.
6. Быстрые и стремительные роды.

Тема 6. Беременность и роды при тазовом предлежании.

Диагностика. Тактика врача.

7. Беременность при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.
8. Ведение родов при тазовом предлежании. Возможные осложнения.
9. Пособие по Цовьянову 1,2.

Тема 7. Невынашивание и перенашивание беременности.

1. Невынашивание беременности. Привычное невынашивание.
2. Преждевременные роды.
3. Перенашивание беременности. Тактика ведения беременности и родов.

Тема 8. Послеродовые инфекционные заболевания.

4. Послеродовые септические заболевания. Этиология. Патогенез.
5. Классификация Бартельса-Сазонова. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Метроэндомиометрит. Клиника. Диагностика. Лечение.

Тема 9. Узкий таз в современном акушерстве.

7. Узкий таз в современном акушерстве. Этиология. Патогенез.
8. Современное представление об узком тазе. Тактика ведения беременности и родов.
9. Клинически узкий таз.

Тема 10. Родовой травматизм матери и плода.

1. Родовой травматизм матери. Разрывы промежности, влагалища, шейки матки.
2. Родовой травматизм плода.
3. Разрывы матки.

Тема 11. Иммунологическая несовместимость матери и плода.

1. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Этиология. Патогенез.
2. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Ведение беременности и родов.



3. Гемолитическая болезнь.
- Тема 12. Кровотечения во II половине беременности.
1. Предлежание плаценты.
  2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  3. Геморрагический шок.
- Тема 13. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
1. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
  2. Геморрагический шок.
  3. ДВС-синдром в акушерстве.
- Тема 14. Экстрагенитальные заболевания и беременность.
1. Заболевания ССС и беременность.
  2. Сахарный диабет и беременность.
  3. Острый живот и беременность.
- Тема 15. Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода.
1. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика врача.
  2. Многоплодная беременность. Ведение беременности и родов.
  3. Неправильные положения плода. Акушерская тактика.
- Тема 16. Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.
1. Плодоразрушающие операции.
  2. Акушерские щипцы
  3. Вакуум-экстракция плода.
- Тема 17. Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.
1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Классификация
  2. Кесарево сечение Показания, противопоказания, условия.
  3. Техника операции кесарево сечение.
- Тема 18. Преэклампсия.
1. Преэклампсия. Этиология. Патогенез.
  2. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
  3. Эклампсия.
- Тема 19. Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.
- Хроническая плацентарная недостаточность
1. Хроническая и острая гипоксия плода,
  2. Асфиксия новорождённого. Неотложная помощь.
- Тема 20. Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.
1. Организация работы женской консультации. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.
  2. Планирование семьи.
  3. Методы контрацепции.
- Тема 21. Вводная лекция. Гинекология как наука о женщине. Пропедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.
4. Организация работы гинекологического стационара.
  5. Общая симптоматология гинекологических заболеваний и методы исследования.
  6. Регуляция менструального цикла
- Тема 22. Нарушения функции репродуктивной системы.
1. Аменорея и гипоменструальный синдром.
  2. Аномальные маточные кровотечения.
  3. Дисменорея.
- Тема 23. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии.
1. Предменструальный синдром
  2. Климактерический синдром
  3. СПКЯ.
- Тема 24. Аномалии развития и положения женских половых органов.
1. Аномалии развития женских половых органов.
  2. Аномалии положения женских половых органов.
  3. Аномалии положения женских половых органов. Лечение.

Тема 25. Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.

1. Самопроизвольный аборт.
2. Пузырный занос
3. Внематочная беременность

Тема 26. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.

1. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Этиология, патогенез.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Клиника. Диагностика.
3. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Лечение.

Тема 27 . Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.

1. Трихомониаз. Гонорея.
2. Хламидиоз. Кандидоз.
3. Туберкулез женских половых органов

Тема 28. Миома матки. Эндометриоз.

1. Миома матки.
2. Эндометриоз
3. Экстрагенитальный эндометриоз.

Тема 29. Опухоли яичников.

1. Кисты и кистомы яичников.
2. Доброкачественные опухоли яичников.
3. Злокачественные опухоли яичников.

Тема 30. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.

1. Фоновые заболевания шейки матки.
2. Предраковые заболевания шейки матки.
3. Рак шейки матки.

Тема 31. Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.

1. Гиперпластические заболевания эндометрия
2. Предраковые заболевания эндометрия
3. Рак тела матки. Саркома.

Тема 32. Острый живот в гинекологии

1. Апоплексия яичника.
2. Внематочная беременность.
3. Перекрут ножки опухоли

Тема 33. Типичные гинекологические операции.

1. Типичные гинекологические операции. Показания, противопоказания.
2. Предоперационная подготовка.
3. Техника оперативного вмешательства на влагалищной части шейки матки, при опущении и выпадении половых органов, на придатках матки и матке. Надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки

Тема 34. Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.

1. Женское бесплодие, причины. Диагностика. Методы лечения. Профилактика.
2. Мужское бесплодие. Основные причины. Характеристика спермограммы.
3. Организация и методика обследования бесплодной супружеской пары.

### **2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

**Тема 1. Акушерство как наука. Организация работы акушерского стационара. Регуляция менструального цикла. Учение о половых гормонах**

#### **Задача № 1**

Беременная 26 лет, с жалобами на повышение температуры до 38,0 С и одышку доставлена машиной скорой помощи в физиологическое акушерское отделение. Беременность 2. 36 недель. Какой план маршрутизации данной пациентки? Какие были допущены ошибки?

**Эталон ответа:** План маршрутизации – наблюдательное родовое отделение многопрофильной больницы. Пациентка с повышением температуры не госпитализируется в физиологическое отделение.

**Тема 2 Беременность. Диагностика беременности и её сроков. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. Методы исследования в акушерстве.**

**Задача № 1**

Беременность 16 недель. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10-недельному сроку беременности. Шейка закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние вполне удовлетворительное.

Анамнез? План ведения?

**Задача №2**

Повторнобеременная, 30 лет, в анамнезе срочные роды. Последняя менструация 3 месяца назад, периодически появляются мажущие кровянистые выделения. Матка по размерам соответствует 22 неделям беременности, напряжена. Шевеление и сердцебиение плода отсутствуют.

План ведения беременной.

**Задача №3**

Беременная 17 лет состоит на учёте в женской консультации с диагнозом: беременность 24 недели. В крови повышено содержание  $\alpha$ -ФР, направлена на УЗИ. На УЗИ: одноплодная беременность, плод в головном предлежании, 1 позиция, передний вид. БПР - 59 мм, ДБК - 44 мм, ОЖ - 60 мм, ОГ - 59 мм. Органы плода без патологии, сердцебиение ритмичное - 142 в мин, двигательная активность плода нормальная. В шейном отделе позвоночника имеется дефект дужек позвонков на протяжении 20 мм. Количество вод повышено. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости.

Заключение? Прогноз в отношении ведения беременности?

**Задача №4**

Последняя менструация у первобеременной женщины 8.01, дата первого шевеления плода 21.05, первая явка 26.02. в сроке беременности 8 нед.

Определите предполагаемый срок родов у первобеременной.

**Задача №5**

Первородящая 20 лет обратилась в женскую консультацию. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз.

Дальнейшая тактика?

**Задача №6**

Первобеременная 38 лет направлена на ультразвуковое исследование при сроке беременности 31-32 нед. Окружность живота 110 см, высота стояния дна матки 34 см, масса женщины 70 кг.

Предположительный диагноз. Методы исследования.

**Задача №7**

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?

**Задача №8**

У первобеременной срок беременности 8 недель. При пельвиометрии размеры таза 23-26-30-15 см. Диагональная конъюгата 8 см.

Диагноз? План ведения?

**Задача №9**

Беременная 32 лет, беременность доношенная. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

Диагноз? Какие исследования необходимо провести?

**Задача №10**

Роды длятся более 10 часов. Начался второй период. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок у лона. Какое вставление головки? Метод родоразрешения?

**Эталоны ответов:**

**Задача №1**

Неразвивающаяся беременность. Необходимо УЗ-исследование. При подтверждении диагноза опорожнение матки при развёрнутой операционной при тщательном контроле и коррекции гемостаза.

**Задача №2**

Беременность 12 недель. Пузырный занос. УЗИ, определение хорионического гонадотропина в крови и моче.

**Задача №3**

Врождённое уродство плода – spina bifida в шейном отделе позвоночника. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

**Задача №4**

Срок родов – 15.10.

**Задача №5**

Беременность 41 неделя. Головное предлежание. «Незрелая» шейка матки. Необходимо срочно направить в отделение патологии беременности.

**Задача №6**

Беременность 1, 31-32 недель. Первородящая старшего возраста. Многоводие. Необходимо УЗ-исследование.

**Задача №7**

Беременность 2, 35 недель. ОАА. Первородящая старшего возраста. Тазовое предлежание. Дородовая госпитализация в 38 недель. Планировать родоразрешение путём операции кесарева сечения.

**Задача №8**

Беременность 1, 8 недель. Общеравномерносуженный таз 2 степени. Наблюдение, дородовая госпитализация в 38-39 недель и кесарево сечение в плановом порядке.

**Задача №9**

Беременность 4, 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. ОАА. Необходимо рассчитать массу плода, провести УЗ-исследование.

**Задача №10**

2 период родов. Высокое прямое вставление головки. Кесарево сечение.

**Тема 3 Физиологические роды.**

**Задача №1**

Первородящая 20 лет с доношенной беременностью поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение 6 часов. Размеры таза: 25-27-30-20. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Тоны плода ясные, ритмичные до 140 в мин. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, цервикальный канал длиной 2 см, свободно проходим для 1 п/п, валика в области внутреннего зева нет. Плодный пузырь цел. Предлежит головка ко входу в малый таз. На протяжении трёх последующих часов наблюдения схватки остались прежние. При повторном влагалищном исследовании структурных изменений шейки матки нет.

Диагноз? План ведения беременности и родов?

**Задача №2**

В родильное отделение поступила женщина с жалобами на подтекание околоплодных вод в течение 2 часов. Беременность первая, 37-38 недель. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Сердцебиение плода 130 уд. в мин, ясное, ритмичное. Внутреннее исследование: шейка матки укорочена до 1 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается.

Диагноз? Тактика?

**Задача №3**

Первородящая 24 лет, беременность доношенная. Схватки начались 4 часа назад. Воды излились 2 часа назад. Таз 25-28-32-21 см. Предлежит тазовый конец плода. Предполагаемая масса плода

3200,0. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин. Шейка матки сглажена, раскрытие 6 см, края тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежат ягодицы во входе в малый таз.

Клинический диагноз? Возможные осложнения? План ведения родов?

#### **Задача №3**

У повторнородящей 24 часа назад диагностировано начало родовой деятельности. В настоящее время женщина отмечает 1 шевеление плода за 10 минут, сердцебиение плода 100 уд/мин, после шевеления 80-90 уд/мин.

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

#### **Задача №4**

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжаются 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°C. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

#### **Задача №5**

Беременная С., 21 год, поступила в связи с началом родовой деятельности. На основании наружного и внутреннего акушерского исследования выставлен диагноз: роды 1 срочные. Задний вид лицевого предлежания. Что делать?

- 1) кесаревосечение;
- 2) роды вести консервативно;
- 3) амниотомия;
- 4) мед. стимуляция;
- 5) акушерские щипцы.

#### **Задача №6**

Беременность 40 недель. Роды начались 10 часов назад. Схватки каждые 15-20 минут по 10-15 секунд, слабые. Таз 26-28-32-20 см. При влагалищном исследовании установлено: шейка матки сглажена, открытие 2 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №7**

Поступила повторнородящая 32 лет в начале 1 периода родов с доношенной беременностью. В анамнезе 1 роды, масса ребёнка 4200, 3 аборта, последний осложнился кровотечением и повторным выскабливанием стенок полости матки. Настоящая беременность четвертая. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Головка прижата ко входу в таз.

Диагноз? Какие профилактические мероприятия Вы проведёте?

#### **Задача №8**

Повторнородящая 35 лет. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Положение плода продольное, тазовый конец над входом в малый таз. Головка определяется в дне матки предполагаемая масса плода 3100,0. Сердцебиение плода до 130 уд в мин, ясное слева, выше пупка. Схватки через 4 мин по 35/40 сек. Влагалищное исследование - шейка сглажена. Открытие маточного зева на 6-7 см. Воды целы - предлежат обе стопы.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №9**

Первородящая 25 лет. Поступила на роды с доношенной беременностью. Схватки начались 3 часа назад, воды излились по пути в роддом. Рост 170 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-20 см. Предполагаемая масса плода 3400 г. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Схватки регулярные, через 5-6 мин. по 40-45 сек., средней силы и болезненности. Шейка матки сглажена, открытие 3 см, плодного пузыря нет. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №10**

Роды двойней. Первый плод только что родился. Второй плод в головном предлежании. Плодный пузырь цел. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту.

Диагноз? План ведения?

#### **Эталонные ответов:**

#### **Задача №1**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Патологический прелиминарный период. Медикаментозный сон-отдых с последующей амниотомией и родовозбуждением.

**Задача №2**

Беременность 38 недель. Головное предлежание. Преждевременное излитие околоплодных вод. «Зрелая» шейка матки. Создание ГЭФ с последующим родовозбуждением путём внутривенного введения сокращающих средств.

**Задача №3**

Беременность 40 недель. Чистаяголичное предлежание. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Роды вести через естественные родовые пути.

**Задача №4**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Плоский плодный пузырь. Амниотомия с последующей оценкой родовой деятельности.

**Задача №5**

Показано кесарево сечение.

**Задача №6**

Беременность 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Родоусиление с оценкой эффективности.

**Задача №7**

Беременность 4, 40 недель. Головное предлежание 1 период родов. Крупный плод. ОАА. Профилактика слабости родовых сил и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

**Задача №8**

Беременность 40 недель. Ножное предлежание плода. 1 период родов. Роды вести через естественные родовые пути. Сохранение околоплодных вод. 2 период вести по методу Цовьянова.

**Задача №9**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Раннее излитие околоплодных вод. Роды вести через естественные родовые пути.

**Задача №10**

Роды двойней. 2 период родов второго плода. Произвести вскрытие плодного пузыря.

**Тема 4 Послеродовой период. Период новорожденности**

**Задача №1**

Вторые сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С, пульс 86 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличились, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, умеренные. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стула не было.

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

**Задача №2**

Родильница А. 3 сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С, пульс 76 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличены, плотноваты, гиперемии нет, соски чистые. Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком. Лохии кровянисто-серозные, в небольшом количестве. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный 1 раз в сутки.

Диагноз? Соответствует ли высота стояния матки суткам послеродового периода?

**Задача №3**

На 4-е сутки после родов родильница 22 лет предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39 °С. Молочные железы умеренно нагрудли, плохо сцеживаются, гиперемии нет, соски чистые. Лохии кровянисто-серозные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

**Задача №4**

Родильница А. 5 сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С, пульс 76 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличены, соски чистые. Выделение молока скудное. Лохии серозно-красные, в небольшом количестве. Мочеиспускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный 1 раз в сутки.

### **Задача №5**

Через минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз кожных покровов, крик слабый, сердцебиение 140 ударов в минуту, мышечный тонус и рефлексы снижены. Масса плода 2400 г, длина новорожденного 45 см, на коже выраженный пушковый покров и обильная сыровидная смазка, низкое расположение пупочного кольца и ушных раковин, большие половые губы не прикрывают малые.

Оцените состояние новорожденного.

### **Задача №6**

Беременная 26 лет поступила в роддом при сроке беременности 43 недели с начавшейся родовой деятельностью. Родоразрешение живым доношенным ребенком мужского пола, 3900, длина 50 см. Кожные покровы ребенка розовые, чистые, закричал сразу, рефлексы хорошо выражены, движения активные, сердцебиение 134 уд в минуту. На голове в области малого родничка – родовая опухоль. Пушковые волосы на плечиках. Кожа мацерирована. Ногтевые пластинки выходят за края ногтевого ложа. Послед осмотрен – множество петрификатов.

Диагноз. Оцените зрелость новорожденного.

### **Задача №7**

Через 1 минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено: акроцианоз, крик громкий, сердцебиение 146 ударов в минуту, тонус мышц несколько снижен, рефлексы живые.

Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.

### **Задача №8**

Родился доношенный ребенок с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту.

Оценка по шкале Апгар? План ведения?

### **Задача №9**

У новорожденного при первом кормлении обнаружено вытекание молока из носа.

Какой врожденный дефект ротовой полости приводит к такому осложнению?

### **Задача №10**

На третьи сутки после срочных, самопроизвольных родов появилось желтушное окрашивание кожи ребёнка. Состояние ребенка удовлетворительное, печень и селезёнка не увеличены. Общий билирубин в крови 170 мкмоль/л, Нв – 150 г/л.

Поставьте диагноз. Тактика.

### **Эталоны ответов:**

#### **Задача №1**

2-е сутки после родов. Субинволюция матки. Утеротонические средства.

#### **Задача №2**

3-е сутки после родов. Инволюция матки.

#### **Задача №3**

4-е сутки после родов. Лактостаз. После каждого кормления – сцеживание остатков молока, ограничение приёма жидкости, физиотерапевтическое лечение.

#### **Задача №4**

5-е сутки после родов. Гипогалактия. Применение препаратов, стимулирующих лактацию.

#### **Задача №5**

Роды недоношенным новорождённым.

#### **Задача №6**

Запоздалые роды переносным плодом.

#### **Задача №7**

Оценка по Шкале Апгар 8 баллов.

#### **Задача №8**

Оценка по шкале Апгар 1 балл. Проведение реанимационных мероприятий.

#### **Задача №9**

Описанное явление происходит в результате врожденного дефекта - несращения небных валиков верхней челюсти. Этот порок получил название "волчья пасть".

#### **Задача №10**

Транзиторная гипербилирубинемия. Контроль общего билирубина крови.

## **Тема 5 Аномалии родовой деятельности.**

### **Задача №1**

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. Схватки продолжаются 9 часов, слабые, через 7-8 мин по 25 сек, температура 36,6 С. Пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Как вести роды дальше?

#### Задача №2

Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые.

Показана следующая акушерская тактика:  
1) начать антибактериальную терапию;  
2) провести профилактику асфиксии плода;  
3) начать стимуляцию родовой деятельности;  
4) произвести операцию кесарева сечения;  
5) ничего из перечисленного.

#### Задача №3

В каком случае при аномалиях родовой деятельности целесообразно проведение родостимуляции?

1) наличие сниженного базального тонуса матки;  
2) наличие повышенного базального тонуса матки;  
3) начальная степень дискоординации сокращений мышц матки;  
4) спастическая сегментарная дистония;  
5) спастическая тотальная дистония.

#### Задача №4

У первородящей 23 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью схватки продолжаются 8 часов. Роженица утомлена. Температура 36,7 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 130 уд. в мин. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края зева тонкие, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз

Диагноз? Тактика?

#### Задача №5

Повторнородящая 23 лет. Схватки продолжаются 6 часов, повторяются через 5-6 мин по 20-30 сек, малоэффективные. Температура 36,6 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердечные тоны плода 140 в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз? Тактика врача?

#### Задача №6

Первородящая 30 лет. Роды срочные, продолжаются 8 часов. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин, ритмичные. Воды целы. После длительной хорошей родовой деятельности схватки стали редкими, слабыми и болезненными. При влагалищном исследовании открытие шейки матки 6 см, края шейки плотно охватывают головку плода. Диагноз? План ведения родов?

#### Задача №7

Повторнобеременная 30 лет. Роды третьи, в срок. В первой половине беременности перенесла грипп с высокой температурой. ОЖ 110 см, ВДМ 42 см. Матка в повышенном тонусе, увеличена как при доношенной беременности. Части плода определить трудно, определяются симптом «флюктуации», головка плода баллотирует над входом в малый таз. Размеры таза: 25-28-32-21 см. В течение 3 часов отмечает слабые схватки. При влагалищном исследовании шейка сглажена, открытие зева 4 см, плодный пузырь цел, напряжён.

Диагноз? План ведения родов?

#### Задача №8

Повторнородящая 23 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. 2 схватки за 10 минут продолжаются 9 часов, слабые, по 25 сек., температура тела 36,6°С. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка.



Сердечные тоны плода 100 уд. в мин. Околоплодные воды не изливались. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края маточного зева тонкие, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

#### **Задача №9**

Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки матки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ - гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые.

Диагноз, план ведения?

#### **Задача №10**

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха 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?

**Эталоны ответов:**

#### **Задача №1**

1 период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Необходимо предоставить медикаментозный сон-отдых с последующим решением вопроса о необходимости родоусиления.

#### **Задача №2**

1 период родов. Тазовое предлежание. Слабость родовой деятельности. Гипоксия плода. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №3**

Наличие сниженного базального тонуса матки.

#### **Задача №4**

1 период своевременных родов. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия, предоставление медикаментозного сна-отдыха.

#### **Задача №5**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия, родоусиление путём внутривенного капельного дозированного введения сокращающих средств на фоне спазмолитиков.

#### **Задача №6**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Дискоординация родовой деятельности. Предоставление медикаментозного сна-отдыха.

#### **Задача №7**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Многоводие. Первичная слабость родовой деятельности. Амниотомия с последующим наблюдением за характером родовых сил.

#### **Задача №8**

Беременность 2, 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Гипоксия плода. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №9**

Беременность 2, 40 недель. Тазовое предлежание. ОАА. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод (б.п.-10 часов). Вторичная слабость родовой деятельности. Гипоксия плода. Тактика: родоразрешение путём операции кесарево сечения в экстренном порядке.

#### **Задача №10**

2 период родов. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Тактика: наложение выходных акушерских щипцов.

### **Тема 6 Беременность и роды при тазовом предлежании. Диагностика. Тактика врача.**

#### **Задача №1**

В отделение патологии на дородовую госпитализацию поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 39 недель. Размеры таза 24-26-29-18 см. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Матка в

нормотонусе, положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд. в мин слева выше пупка. При влагалищном исследовании: шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 п/п, в области внутреннего зева валик уплотнения. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см. Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №2**

Повторнобеременная 30 лет. Состояние хорошее. Таз 25-28-32-20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Срок беременности 35 нед. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. В мин. Диагноз. Тактика врача.

#### **Задача №3**

Повторнородящая 25 лет. Состояние роженицы хорошее. Таз нормальный. Потуги хорошие, сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. В мин. Положение плода продольное, тазовое предлежание. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрылся при исследовании, отошли светлые околоплодные воды. Ягодицы плода на тазовом дне, межвертельная линия в прямом размере плоскости выхода таза. Диагноз. Тактика врача.

#### **Задача №4**

Первородящая 22 года, роды в срок в тазовом предлежании. Общее состояние роженицы хорошее. Таз нормальный. Схватки хорошие по силе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 уд. В мин. Влагалищное исследование: открытие маточного зева 6 см, края хорошо растяжимы, плодный пузырь цел. Ножки плода над входом в малый таз. Мыс не достигим. Диагноз. Тактика врача.

#### **Задача №5**

Повторнородящая 30 лет, роды в срок в ножном предлежании велись по методу Цовьянова. Состояние роженицы и плода хорошее. Плод родился до нижнего угла нижней лопатки. В течение двух последующих потуг продвижения плода нет. Сердцебиение стало 110 уд. В мин, глухое, ритмичное. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, обе ручки плода над входом в малый таз. Диагноз. Какое возникло осложнение в родах. Тактика врача.

#### **Задача №6**

Первородящая 21 год, роды в срок в тазовом предлежании. Общее состояние роженицы хорошее. Таз 23, 25, 28, 18 см. Индекс Соловьёва 15 см. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 в мин. Окружность живота 110 см, высота дна матки 40 см. Влагалищное исследование: открытие зева 8 см. Края зева тонкие, плодный пузырь цел. Ягодицы плода над входом в малый таз. Диагноз. Тактика врача.

#### **Задача № 7**

Повторнобеременная 31 год, роды в срок. Продольное положение плода, тазовое предлежание. Таз 25, 28, 31, 20 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Воды отошли за 4 часа до схваток, схватки слабые. Терапия не эффективна. Безводный период 6 час. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие шейки матки 5 см, плодного пузыря нет, ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз. Диагноз. Тактика врача.

#### **Задача №8**

Повторнородящая 36 лет. Предыдущие 5 родов закончились нормальными родами в срок. Настоящие роды в срок, продолжаются 22 часа, воды отошли в большом количестве за час до схваток. Схватки умеренные. Доставлена из дома с родившимся туловищем плода. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Диагноз. Какое возникло осложнение. Тактика врача.

#### **Задача №9**

Повторнобеременная, первородящая 28 лет. Поступила на дородовую госпитализацию на сроке беременности 39 нед. В анамнезе 1 самопроизвольный выкидыш, после которого в течение 5 лет лечилась по поводу бесплодия. Положение плода продольное, предлежат ягодицы. Сердечные тоны плода ясные, 132 уд в мин. Воды целы. Диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо произвести? План ведения беременности и родов.

#### **Задача №10**

Повторнородящая женщина 26 лет, 40 нед., находится во 2 периоде родов. Размеры таза нормальные. Потуги через 3-3,5 мин по 30-35 сек, слабой силы. Положение плода продольное, ягодицы плода в полости малого таза. Сердечные тоны плода глухие, 160 уд в мин, ритмичные. Диагноз. Что делать?

#### **Эталонные ответов:**

#### **Задача №1**

Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз 1 степени. «Созревающая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарево сечение в плановом порядке.

#### **Задача №2**

Беременность 2, 35 нед. Положение продольное. Тазовое предлежание. Тактика врача: готовить беременную на консервативное родоразрешение, при этом не допустить 1) развития крупного плода, 2) перенашивания, 3) преждевременного излития вод. Необходимо провести полное клиническое обследование беременной, т.к. роды в тазовом предлежании чреваты осложнениями. Необходима дородовая госпитализация в 38 нед. беременности.

#### **Задача №3**

Диагноз: Беременность 2, 40 нед. Продольное положение плода. Чистоягодичное предлежание. 2 период родов. Тактика врача: оказать пособие по Цовьянову при ножном предлежании.

#### **Задача №4**

Беременность 1, 40 нед. Ножное предлежание плода. 1 период родов. Тактика врача: оказать пособие по Цовьянову при ножном предлежании.

#### **Задача №5**

Беременность 2, 39-40 нед. Ножное предлежание плода. Запрокидывание ручек плода. Острая гипоксия плода. 2 период родов. Осложнение: Запрокидывание ручек плода. Тактика: Оказать классическое ручное пособие по выведению ручек и плода.

#### **Задача №6**

Беременность 1, 40 нед. Чисто ягодичное предлежание. Равномерносуженный таз, сужение 1 ст. Крупный плод, 1 период родов. Тактика врача: у первородящей беременной с узким тазом и крупным плодом показано кесарево сечение.

#### **Задача №7**

Беременность 2, 40 нед. Продольное положение плода. Чисто ягодичное предлежание. 1 период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Слабость родовой деятельности, не поддающаяся лечению. Тактика: кесарево сечение.

#### **Задача №8**

Беременная 6, 40 нед. Продольное положение. Ножное предлежание. 2 период родов. Преждевременное излитие вод. Запрокидывание ручек плода. Интранатальная гибель плода. Тактика: наркоз, краниотомия последующей головки.

#### **Задача №9**

Беременность 2, 39 нед. Положение продольное. Тазовое предлежание плода. ОАА (бесплодие 2). Необходимо определить размеры таза и плода. Полное клиническое обследование беременной после чего решить вопрос о методе родоразрешения.

#### **Задача №10**

Беременность 2, 40 нед. Положение продольное. Чисто ягодичное предлежание. 2 период родов. Слабость потужного периода. Острая гипоксия плода. Необходимо провести экстракцию плода за тазовый конец.

### **Тема 7 Невынашивание и перенашивание беременности.**

#### **Задача №1**

Повторнобеременная, 27 лет, поступила с маточным кровотечением при сроке беременности 12 недель. Первая и вторая беременность закончилась самопроизвольными выкидышами. При влагалищном исследовании: наружный зев закрыт, матка увеличена до 11-12 недель беременности, плотноватая при пальпации. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные. Обоснуйте диагноз и дальнейшие действия.

#### **Задача №2**

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок родов по данным женской консультации - неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в мин. Влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 3 см, плотная, отклонена к крестцу. Цервикальный канал с трудом проходим для 1 пальца до внутреннего зева. Через своды определяется головка плода, прижата ко входу в таз.

Клинический диагноз? Определите степень готовности к родам. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?

#### **Задача №3**

Повторнобеременная 27 лет поступила на профилактическую госпитализацию. Беременность 3. Первая и вторая закончилась самопроизвольными выкидышами. Последняя менструация была 4,5 месяца назад. Внутреннее исследование: шейка матки цилиндрической формы, укорочена, наружный зев приоткрыт. Матка соответствует 16-17 нед беременности, в нормотонусе, своды свободные. Придатки без изменений. Выделения из влагалища скудные, слизистые. Диагноз? Лечение?

#### **Задача №4**

Первая беременность 41-42 недели. Дородовое излитие вод, окрашенных меконием. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной до 3 см, наружный зев закрыт. Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №5**

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки натужного характера через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

#### **Задача №6**

Беременность 42 недели. Преждевременное излитие околоплодных вод. Сердцебиение плода ритмичное, приглушенное, 120 уд/мин. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной 3 см, отклонена кзади, плотной консистенции, цервикальный канал с трудом проходим для пальца.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №7**

Беременность 42 недели. Первородящая 34 лет. Предполагаемый вес плода 4200 гр. Размеры таза 25-28-31-20 см. Положение плода продольное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Головка плода над входом в малый таз. Пастозность голеней.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №8**

Первородящая 35 лет, в родах 10 часов. Устала. Срок беременности 41-42 недели. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Сердцебиение - 160 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 5 см. Плодный пузырь цел, плоской формы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Размеры таза нормальные.

Диагноз, план ведения?

#### **Задача №9**

Большая 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, симптом “зрачка” отрицательный, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6-7 недель беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 месяца назад. Ваш предположительный диагноз? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Дальнейшая тактика врача?

#### **Задача №10**

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15—16 недель. В анамнезе одни роды и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, в центре малого таза, канал шейки матки проходим для 1 пальца, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве. Какой диагноз наиболее вероятен? Тактика врача женской консультации?

#### **Эталоны ответов:**

##### **Задача №1**

Беременность 12 недель. Привычное невынашивание. Начавшийся аборт. Сохраняющая беременность терапия.

##### **Задача №2**

Беременность 1, 41 недель. Головное предлежание. «Незрелая» шейка матки. Подготовка шейки матки к родам в течении 5-7 дней, при отсутствии эффекта родоразрешение путём операции кесарево сечение. Необходима была дородовая госпитализация в 39-40 недель.

#### **Задача №3**

Беременность 16-17 недель. Привычное невынашивание. Истмико-цервикальная недостаточность. Наложение кругового шёлкового шва на шейку матки.

#### **Задача №4**

Беременность 42 недели. Перенашивание беременности. Дородовое излитие околоплодных вод. Гипоксия плода. «Незрелая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

#### **Задача №5**

2 период запоздалых родов. Крупный плод. Гипоксия плода. ОАА. Родоразрешение путём операции кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №6**

Беременность 42 недели. Преждевременное излитие околоплодных вод. «Незрелая» шейка матки. Гипоксия плода. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

#### **Задача №7**

Беременность 1, 42 недели. Головное предлежание. Крупный плод. Гестоз лёгкой степени. Первородящая старшего возраста. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

#### **Задача №8**

Беременность 1. 41-42 недели. Головное предлежание. 1 период родов. Слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь. Относительно крупный плод. Амниотомия, медикаментозный сон-отдых, при отсутствии эффекта - кесарево сечение.

#### **Задача №9**

Беременность 3, 6-7 недель. Привычное невынашивание. Начавшийся аборт. УЗ-исследование. Сохраняющая беременность терапия.

#### **Задача №10**

Беременность 5, 15-16 недель. ОАА. Угроза прерывания беременности. Сохраняющая беременность терапия.

### **Тема 8 Послеродовые инфекционные заболевания.**

#### **Задача №1**

У родильницы на 9 день после родов дома появились температура до 39 и значительные кровянистые выделения из половых путей.

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

#### **Задача №2**

Родильница на 5 день после родов пожаловалась на боли в правом бедре, ознобы. Температура 39,2 С. Пульс 110 уд. в мин, ритмичный. Живот мягкий. Матка несколько болезненная, дно её на 1 п/п ниже пупка. Выделения из влагалища сукровичные, без запаха. Правое бедро утолщено, активные и пассивные движения ноги болезненны.

Диагноз? Терапия

#### **Задача № 3**

Родильница 34 лет на 5-е сутки после 3 родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боль усилилась, появился озноб, температура повысилась до 38°С. Данные роды, осложнившиеся вторичной слабостью родовой деятельности, были закончены наложением выходных акушерских щипцов. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°С. Пульс 92 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохи серозно-красноватые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Сама вена на протяжении около 10 см. уплотнена и болезненна. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненны. Левая стопа пастозна.

Сформулируйте клинический диагноз?

#### **Задача №4**

На 3-и сутки после родов роженица 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39 °С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе одни роды и два медицинских аборта, хронический пиелонефрит. Молочные железы умеренно нагрудли.

Какой диагноз наиболее вероятен? Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

#### **Задача №5**

На 6 день после родов у роженицы повысилась температура до 39,6 С и появились боли в правой молочной железе. При осмотре: на соске глубокая трещина, молочная железа уплотнена. Кожа в наружно-внутреннем квадранте гиперемирована с инфильтрацией подлежащей ткани. Лимфоузлы в правой подмышечной ямке болезненные.

Диагноз? Лечение? Возможно ли кормление ребёнка грудью?

#### **Задача №6**

У роженицы на 12 сутки повысилась температура до 38,2 С. Жалобы на озноб, боль в молочной железе в течение двух суток. В молочной железе пальпируется болезненное уплотнение 2 на 3 см с гиперемией кожи. Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактозаст;
- 3) серозный мастит;
- 4) инфильтративный мастит;
- 5) флегмонозный мастит.

#### **Задача №7**

3 сутки послеродового периода. Подъем температуры до 38,3 С, познабливание. Обе молочные железы увеличены в объеме, отечны, сцеживание затруднено. Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактозаст;
- 3) серозный мастит;
- 4) инфильтративный мастит;
- 5) флегмонозный мастит.

#### **Задача №8**

17 сутки послеродового периода. Роженица высоко лихорадит пять суток. Ознобы, слабость. Молочная железа гиперемирована, отечна, с плотным инфильтратом 6 на 5 см с флюктуацией.

Диагноз:

- 1) гнойный мастит;
- 2) лактозаст;
- 3) серозный мастит;
- 4) инфильтративный мастит;
- 5) флегмонозный мастит.

#### **Задача №9**

Во время осмотра на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом роженица предъявляет жалобы на боль во влагалище, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре болезненность и жжение в области вульвы. Температура 36,9С в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее - отечные и гиперемированные.

Диагноз? Что делать?

#### **Задача №10**

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояние средней тяжести. Температура тела 38°С. Пульс 100 уд./мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - "ниша".

Диагноз? Тактика врача?

**Эталонные ответы:**

#### **Задача №1**

9-е сутки после родов. Острый метроэндометрит. Кровотечение. Необходимо в условиях септической гинекологии под общим наркозом на фоне мощной антибактериальной, инфузионной терапии, введение кортикостероидов произвести инструментальную ревизию полости матки.

#### **Задача №2**

Послеродовой метроэндометрит. Илеофemorальный тромбоз справа. Комплексное консервативное лечение (строгий постельный режим, возвышенное положение конечности, антибактериальная, инфузионная терапия, венотоники и т.д.).

#### **Задача №3**

5 сутки послеродового периода. Острый тромбофлебит поверхностной вены левой голени. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Консультация хирурга. Постельный режим в течение 7-8 дней с возвышенным положением левой нижней конечности, антибиотики, антикоагуляторы, гепарин, спазмолитики, курантил, десенсибилизирующая терапия, местная терапия.

#### **Задача №4**

3-е сутки после родов. Острый метроэндометрит. Необходимо сделать ОАК, ОАМ, УЗИ-исследование для исключения остатков плацентарной ткани.

#### **Задача №5**

Правосторонний лактационный мастит в стадии инфильтрации. Консервативное лечение мастита. Кормление возможно из здоровой молочной железы при взятии молока на флору.

#### **Задача №6**

Инфильтративный мастит.

#### **Задача №7**

Серозный мастит.

#### **Задача №8**

Гнойный мастит.

#### **Задача №9**

4-е сутки после срочных самопроизвольных родов крупным плодом. Послеродовая язва стенки влагалища. Местное применение антисептиков и противовоспалительных средств.

#### **Задача №10**

5-е сутки после операции кесарево сечение. Перитонит вследствие несостоятельности швов на матке. Лапаротомия. Удаление матки с придатками. Посиндромная терапия.

### **Тема 9 Узкий таз в современном акушерстве.**

#### **Задача №1**

У первородящей в возрасте 20 лет родовая деятельность в течение 10 часов. Таз: 23-26-28-20 см. Воды излились 2 часа тому назад. В течение 40 мин потуги через 2 мин по 45 сек. При влагалищном исследовании открытие маточного зева полное, предлежит головка, остаётся прижатой ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, большой родничок спереди у лона. Мыс не достигим.

Диагноз? Как вести роды дальше?

#### **Задача №2**

Повторнородящая, 35 лет, пятые роды. Состояние хорошее. Размеры таза: 26, 27, 32, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Предыдущие четвёртые роды продолжались около 2 суток и осложнились пузырно-влагалищным свищом, который был ушит. Настоящие роды в срок, продольное положение, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки укорочена, открытие маточного зева 4 см, края зева хорошо растяжимы, плодный пузырь цел. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Что делать?

#### **Задача №3**

Первобеременная 20 лет. Поступила в женскую консультацию в срок беременности 28 недель. В детстве перенесла рахит. Состояние хорошее. Размеры таза: 26, 27, 32, 17 см. Индекс Соловьёва 16 см. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 132 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сформирована, длина влагалищной части шейки матки 3 см, зев закрыт. Крестцовая кость уплощена, высота лонного сочленения 4 см, мыс легко достигим. Диагональная конъюгата 9 см.

Диагноз? Тактика врача женской консультации?

#### **Задача №4**

Повторнородящая 37 лет, роды 4. Состояние роженицы хорошее. Размеры таза 26, 27, 31, 18 см. Индекс Соловьёва 16 см. Предыдущие роды продолжались 36 ч, закончились образованием влагалищно-прямокишечного свища, который ушит год назад. Настоящие роды в срок, положение

плода продольное, предлежание ягодичное, ягодицы находятся над входом в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 уд. в мин. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, открытие маточного зева 5 см, края податливые, плодный пузырь цел, ягодицы над входом в малый таз. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №5**

Первобеременная поступила в потугах. Схватки начались 2 суток назад. Воды отошли за 10 ч до начала родовой деятельности. Температура 39 С. Пульс 110 уд. в мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена положительный. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Выделения из влагалища гнойные. Таз: 26, 27, 30, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, смещён к лону. Крестцовая впадина уплощена, мыс резко выделяется кпереди. Диагональная конъюгата 10 см.

Какой таз? Диагноз? Какое возникло осложнение? Что делать?

#### **Задача №6**

Повторнобеременная, 32 лет, роды в срок. Размеры таза: 23, 25, 29, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Окружность живота 108 см. ВДМ- 40 см. Головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Состояние роженицы хорошее. Безводный период 6 часов, потуги хорошие. Симптом Вастена положительный. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, малый родничок спереди слева от лона, стреловидный шов в правом косом размере.

Диагноз? Тактика врача.

#### **Задача №7**

Поступила роженица 29 лет, роды повторные. Положение плода продольное. Головное предлежание, головка прижата к плоскости входа в малый таз. Размеры таза: 25, 27, 31, 20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Через 3 часа отошли околоплодные воды и начались потуги, которые продолжаются 3 часа. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, головка малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Определяется лоб, корень носа, надбровные дуги и передний угол большого родничка.

Диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №8**

Поступила роженица 30 лет, роды повторные, головка плода над входом в малый таз. При наружном исследовании спинка плода определяется слева, между спинкой плода и затылком определяется угол, открытый кнаружи. Сердечные тоны плода яснее выслушиваются со стороны грудки плода справа ниже пупка, 136 уд. в мин. Схватки хорошие. Околоплодные воды только что отошли и начались потуги. Влагалищное исследование: маточного зева полное, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Определяются надбровные дуги, корень носа, спинка носа, верхняя челюсть, подбородок, обращённый к крестцу. Плодный пузырь отсутствует.

Диагноз? Возможны ли роды? Тактика врача

#### **Задача №9**

Повторнобеременная. Таз: 24, 26, 26, 18 см. Околоплодные воды отошли 12 ч назад. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на постоянные боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин. АД - 120/70 мм. рт. ст. Спустя 2 часа схватки прекратились, роженица дремлет. Пульс 130 уд. в мин. слабого наполнения и напряжения. АД - 80 и 40 мм. рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается, кровянистые выделения из влагалища усилились.

Диагноз? Какое возникло осложнение? Тактика врача?

#### **Задача №10**

Повторнобеременная, 31 год. Роды в срок, продолжаются сутки. Воды отошли 6 часов назад. Размеры таза: 23, 26, 29, 18 см. Родовая деятельность за последние 3 часа не прогрессирует. Признак Вастена положительный. Головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Нижний сегмент болезненный при пальпации. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 136 уд. в мин. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, края отёчны. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Тактика врача.



## **Эталоны ответов:**

### **Задача №1**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Высокое прямое стояние стреловидного шва. Задний вид. Поперечносуженный таз. 2 период родов. Срочная операция кесарево сечение.

### **Задача №2**

Беременность 5, 40 нед. Продольное положение. Головное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. ОАА. 1 период родов. Тактика врача: Показана операция кесарева сечения по абсолютным показаниям.

### **Задача №3**

Беременность 1, 28 недель. Продольное положение, головное предлежание. Плоско-рахитический таз, 3 степень сужения. Тактика врача: Предупредить беременную, что роды возможны при помощи операции кесарево сечение. Необходимо провести полное клиническое обследование, не допустить перенашивания плода (госпитализировать в 38 нед.), крупного плода, преждевременного излития околоплодных вод.

### **Задача №4**

Беременность 4, 40 нед. Продольное положение. Чисто ягодичное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. 1 период родов. ОАА. Тактика врача: В плановом порядке - операция кесарево сечение.

### **Задача №5**

Беременность 1, 40 нед. Продольное положение плода, головное предлежание. Плоско-рахитический таз, сужение 2 степени. Клинически узкий таз. Преждевременное излитие околоплодных вод. Мёртвый плод. Эндометрит в родах. 2 период родов. Осложнение - клинически узкий таз. Тактика врача: провести плодоразрушающую операцию - краниотомию. В послеродовом периоде провести массивную антибактериальную терапию.

### **Задача №6**

Беременность 2, 40 нед. Головное предлежание. Крупный плод. Равномерносуженный таз, сужение 2 ст. Клинически узкий таз. Раннее излитие вод ( б.п. 6 ч). 2 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

### **Задача №7**

Беременность 3, 40 нед. Положение плода продольное. Лобное вставление. Клинически узкий таз. 2 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение. Роды через естественные родовые пути живым доношенным плодом невозможны.

### **Задача №8**

Беременность 2, 40 недель. Продольное положение плода. Передний вид лицевого вставления (по Жордания). Клинически узкий таз. 2 период родов. Роды живым плодом невозможны через естественные родовые пути. Тактика врача: Показана операция кесарево сечение.

### **Задача №9**

Беременность 3, 40 недель. Продольное положение плода, головное предлежание. Равномерносуженный таз, сужение 2 степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. 2 период родов. Свершившийся разрыв матки. Геморрагический шок 3 степень. Мертвый плод. Осложнение: клинический таз привёл к разрыву матки. Тактика врача: Немедленная операция. Удаление плода, последа. Вопрос о матке решить в ходе операции.

### **Задача №10**

Беременность 3, 40 нед. Продольное положение плода. Головное предлежание. Равномерносуженный таз, сужение 2 степени. Клинически узкий таз. Раннее излитие вод (безводный период 6 ч). 2 период родов. Угрожающий разрыв матки. Тактика врача: Наркоз. Кесарево сечение.

## **Тема 10 Родовой травматизм матери и плода.**

### **Задача №1**

Первородящая 20 лет. Таз 23-26-28-18, ОЖ 101, ВДМ 39 см. В родах 12 часов. Воды излились 4 часа назад. Головка плода плотно прижата ко входу в малый таз. Лобно-затылочный размер 13 см. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное, ритмичное. Схватки бурные, болезненные. Поведение роженицы беспокойное. Контракционное кольцо на 2 п/п ниже пупка, расположено косо. Под обезболиванием произведено внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. На головке родовая

опухоль размером 4×5 см. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок в центре по проводной оси таза. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №2**

У повторнородящей после бурных, резко болезненных схваток с постоянными болями в животе схватки внезапно прекратились. Отмечается общая слабость, пульс 130 ударов в минуту, слабого наполнения, напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Появились кровянистые выделения из влагалища.

Обоснуйте диагноз и тактику врача.

#### **Задача №3**

Повторнородящая с размерами таза 24-26-28-18 см, доставлена машиной скорой помощи. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенно, 146 ударов в минуту, ритмичное.

Диагноз, его обоснование. Дальнейший план ведения родов?

#### **Задача №4**

Доставлена из района врачом повторнородящая, 44 года, в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода роженица потеряла сознание. Кожа и слизистые резко бледные. Пульс малый 140 уд/мин. Через брюшную стенку определяются части плода. Отдельно прощупывается матка. Умеренные кровянистые выделения. Ваш диагноз?

- 1)начавшийся разрыв матки;
- 2)совершившийся разрыв матки;
- 3)отслойка плаценты;
- 4)ДВС-синдром;
- 5)геморрагический шок.

#### **Задача №5**

Роды вторые в срок длятся 16 часов. Первые роды закончились рождением мертвого плода. Преждевременное излитие вод. Таз 24-26-29-17 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Судорожные схватки. Матка в промежутках между схватками не расслабляется. Контракионное кольцо выше пупка. Резкая болезненность нижнего сегмента матки. Открытие шейки матки полное. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный.

Диагноз? План ведения? Какая ошибка при ведении беременности и родов?

#### **Задача №6**

Через 30 мин после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. Схватки через 2—3 мин по 50—55 с. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26—27—33—18 см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Наиболее вероятный диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №7**

Беременная А., 33 лет поступила в отделение патологии в плановом порядке, по направлению врача женской консультации при сроке беременности 37 недель. Предыдущая беременность 2 года закончилась операцией кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Послеоперационный период осложнился эндометритом метритом, по поводу чего проводилась соответствующая терапия. Выписана на 15 день после операции, вместе с ребенком. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. АД 120/70, пульс 86 в минуту, ритмичный. На брюшной стенке по средней линии рубец после бывшей операции. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. При пальпации слева над лоном - болезненность и углубление.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №8**

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эрозии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80, пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка.

Сразу после рождения плода из половых путей появились яркие кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать?

#### **Задача №9**

Беременная С., 34 лет. I беременность закончилась чревосечением по Пфанненштилю, кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте по поводу тазового предлежания, первичной слабости родовой деятельности, затем II и III беременности - искусственные аборты, без осложнений. Данная беременность IV, сроком 37 недель. Обратилась в поликлинику с жалобами на тошноту, рвоту, боли в животе. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, температура 36,7°. При осмотре отмечается локальная болезненность в области послеоперационного рубца, болезненность при шевелении плода иррадиирующая в область послеоперационного рубца.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №10**

Первые роды у 30-и летней женщины, родила ребенка массой 4000г. Послед отделился самостоятельно, цел. Кровопотеря в послеродовом периоде 400,0, кровотечение из половых путей продолжается и после рождения последа, матка хорошо сократилась, плотная.

Диагноз? План ведения?

**Эталоны ответов:**

#### **Задача №1**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз I степени. 2 период родов. Клинически узкий таз. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №2**

Разрыв матки. Гибель плода. Геморрагический шок 2 ст. Срочная лапаротомия. Противошоковые мероприятия. Объем оперативного вмешательства решить с учетом характера разрыва.

#### **Задача №3**

Беременность 40 недель. 1 период родов. Общеравномерносуженный таз I степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. Начинаящийся разрыв матки. Наркоз. Срочная операция кесарево сечение.

#### **Задача №4**

Совершившийся разрыв матки. Лапаротомия.

#### **Задача №5**

2 период родов. Общеравномерносуженный таз 2 степени. ОАА. Мёртвый плод. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке. Необходима была дородовая госпитализация в 38-30 недель.

#### **Задача №6**

2 период. Анатомически и клинически узкий таз. Гипоксия плода. Угроза разрыва матки. Наркоз. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №7**

Беременность 2, 37 недель. Головное предлежание. Гистопатический разрыв матки по рубцу. Срочная операция кесарево сечение.

#### **Задача №8**

Последовый период. Разрыв шейки матки. Кровотечение. Дифдиагностика с аномалиями прикрепления плаценты, разрывом матки.

#### **Задача №9**

Беременность 4, 37 недель. Неполноценный рубец на матке после кесарева сечения. ОАА. Угроза разрыва матки по рубцу. Кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №10**

Роды крупным плодом. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Травма родовых путей. Необходимо провести осмотр родовых путей в зеркалах.

### **Тема 11 Иммунологическая несовместимость матери и плода**

#### **Задача №1**

Первобеременная 24 лет обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 12 недель. Группа крови - A(II), Rh (-).

Обследование? Тактика врача?

### **Задача №2**

Повторнобеременная. X, проходит курс лечения в палате патологии беременности по поводу иммунно-конфликтной беременности. Срок гестации 20 недель. Число шевелений плода 8-10 за 10 минут, сердцебиение 180-200 уд/мин, после самопроизвольного шевеления плода 210-240 уд/мин.

Диагноз. Его обоснование..

### **Задача №3**

Повторнобеременная 32 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 35-36 недель. Резус-конфликтная беременность (титр АТ 1:32).

Диагностика? Тактика врачей стационара?

### **Задача №4**

Беременность 37 недель, вторая. Первая беременность закончилась своевременными нормальными родами. При обследовании беременной: головка плода над входом в таз, сердцебиение плода ясное. Установлена резус-отрицательная принадлежность крови, титр антител 1:64.

Диагноз?

### **Задача №5**

В женскую консультацию обратилась первобеременная женщина в сроке 10 недель. У беременной и отца ребенка В(III) группа крови.

Может быть у ребенка 0(I) группа крови?

### **Задача №6**

При обследовании беременной женщины на группу крови агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).

Что можно сказать о группе крови женщины?

### **Задача №7**

Роды у пациентки 32 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая — мед аборт, третья — родами в 38 недель, ребенок умер на седьмые сутки от желтухи. Во время настоящей беременности обнаружены резус-антитела в титре 1:8. Проведены 2 курса общеукрепляющей и антианемической терапии, в 18 и 27 недель — подсадки лимфоцитов мужа. В 36—37 недель проведено родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3350 г. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа бледная. Оценка по Апгар 7 баллов, через 5 минут — 8 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, Нв — 130 г/л

Поставьте диагноз. Тактика.

### **Задача №8**

Повторнобеременная 25 лет, группа крови А (II) Rh (-), у мужа А (II) Rh (+), находится в отделении патологии беременности. Срок беременности 35-36 недель. Положение плода продольное, предлежит головка. Титр антител три дня назад -1: 16, сейчас 1: 64. На УЗИ - у плода легкие зрелые, печень увеличена. Плацента 2 ст. зрелости.

Диагноз. Тактика.

### **Задача №9**

Беременная 30 лет, группа крови О (I) Rh (-), у мужа А (II) Rh (+), поступила в отделение патологии беременности. Срок беременности 34 недели. Положение плода продольное, предлежит головка. Титр антител 1: 64 и нарастает. На УЗИ - у плода, печень увеличена, асцит, двойные контуры головки и туловища плода. Плацента 2 ст. зрелости. Сердцебиение плода 120 ударов в мин.

Диагноз. Тактика.

### **Задача №10**

Роды у пациентки 27 лет. В анамнезе мед аборт, роды в 39 недель, ребенок умер от желтухи. При обследовании обнаружены резус-антитела в титре 1:64. Родилась живая девочка массой 3350 г. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа и видимые слизистые с желтушным окрашиванием, отмечается увеличение печени и селезенки. Общий билирубин в пуповинной крови 100 мкмоль/л, почасовой прирост 10 мкмоль/л, Нв — 110 г/л.

Поставьте диагноз. Тактика.

### **Эталонные ответов:**

#### **Задача №1**

Обследование: группа крови, резус-фактор партнёра; титр резус-антител (непрямая реакция Кумбса); УЗ-исследование. Наблюдение, титр антител 1 раз в 2 месяца.

#### **Задача №2**

Беременность 2, 20 недель. Резус-конфликт. Гипоксия плода. Титр резус-антител для определения тяжести иммунного конфликта, УЗИ для исключения гемолитической болезни плода.

**Задача №3**

УЗИ для исключения гемолитической болезни плода, КФМ-исследование, десенсибилизирующая терапия, роды через естественные родовые пути в 38-39 недель.

**Задача №4**

Беременность 2, 37 недель. Головное предлежание. Резус-конфликт. Родоразрешение в 38-39 недель.

**Задача №5**

У ребёнка может быть 0(I) группа крови или B(III) группа крови.

**Задача №6**

У женщины диагностирована 0(I) группа крови.

**Задача №7**

Гемолитическая болезнь новорождённого, анемическая форма. Асфиксия лёгкой степени. Определение группы крови и Rh ребенка, прямая проба Кумбса для подтверждения диагноза, почасовой прирост билирубина. Вводятся препараты железа (феррлатум), эссенциале, ребенка облучают лучистым теплом.

**Задача №8**

Беременность 2, 35-36 недель. Прогрессирующий резус-конфликт. Родоразрешение через естественные родовые пути.

**Задача №9**

Гемолитическая болезнь плода тяжёлой степени. Профилактика СДР плода, кесарево сечение в срочном порядке.

**Задача №10**

Гемолитическая болезнь новорождённого, желтушная форма. Заменное переливание крови в первые сутки в условиях ПИТ.

**Тема 12 Кровотечения во II половине беременности. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

**Задача №1**

Женщина, 30 лет, имеет беременность на 9-м лунном месяце. В анамнезе срочные роды и 5 искусственных аборт. Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища, появившиеся ночью. Родовой деятельности нет. Матка в обычном тонусе. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Воды не отходили. В настоящее время кровотечение обильное. Диагноз, его обоснование. Неотложные мероприятия.

**Задача №2**

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа от начала схваток и появления кровянистые выделения из влагалища. При исследовании: матка в обычном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, справа ниже пупка. Схватки через 7-8 мин по 30 сек. При развёрнутой операционной произведено внутреннее исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева 5 см, плодный пузырь цел. Слева и спереди определяется край плаценты. Кровотечение в умеренном количестве. Диагноз, его обоснование. План ведения родов.

**Задача №3**

У роженицы роды продолжаются около 10ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно женщина побледнела, появились сильные распирающие боли в животе. Сердцебиение плода 100—110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 8 см, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка над входом в малый таз, выделения кровянистые. Диагноз? Тактика ведения?

**Задача №4**

Повторнобеременная при сроке беременности 37-38 недель поступила через 2 часа после начала появления постоянных болей в животе. Общее состояние средней тяжести. АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в мин, ритмичный, ясный. Шоковый индекс = 1. Бледность кожи и видимых слизистых; на голенях, передней брюшной стенке обширные отёки. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, матка напряжена, что исключает возможность

определения положения и предлежания плода. На передней стенке матки имеется участок локальной болезненности при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, зев закрыт, через передний свод определяется головка над входом в малый таз, подвижна. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

Диагноз? Метод родоразрешения? Возможный объём оперативного вмешательства?

#### **Задача №5**

У беременной с длительно текущим гестозом в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Диагноз. Акушерская тактика.

#### **Задача №6**

Беременность 32 недели. Неделю назад в течение 3 дней были кровяные выделения без видимой причины. Сейчас выделения в умеренном количестве. Головка высоко над входом в малый таз. Схваток нет. Диагноз? План ведения?

#### **Задача №7**

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Диагноз. Тактика ведения.

#### **Задача №8**

Повторнобеременная при сроке 36 недель поступила в дородовое отделение с незначительными яркими кровянистыми выделениями из половых путей. Тонус матки не повышен. Сердцебиение плода ясное.

Предполагаемый диагноз: 1) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; 2) неполное предлежание плаценты; 3) полное предлежание плаценты; 4) разрыв матки.

#### **Задача №9**

У беременной в 36 недель с незначительными яркими кровянистыми выделениями при обследовании установлено, что плацента перекрывает область внутреннего зева. Предполагаемая масса плода 2200 г. Диагноз. Тактика врача при поступлении беременной.

#### **Задача №10**

Беременная на восьмом лунном месяце. Поступила с маточным кровотечением, которое в течение последнего месяца было 3 раза. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 112 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного качества. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот правильной формы, контуры матки чёткие. Окружность матки 85 см, высота дна матки 30 см. Положение плода косое, головка в левой подвздошной области, сердцебиение плода глухое, слева ниже пупка. При влагалищном исследовании: влагалище заполнено сгустками крови, маточный зев пропускает 1 палец, пальпируется губчатая ткань, располагающаяся во всех направлениях.

Диагноз. Лечение.

#### **Эталоны ответов:**

##### **Задача №1**

Доношенная беременность. Отягощенный акушерский анамнез. Полное предлежание плаценты. Кесарево сечение в экстренном порядке.

##### **Задача №2**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Краевое предлежание плаценты. В условиях развёрнутой операционной амниотомия. Роды вести через естественные родовые пути. При продолжающемся кровотечении кесарево сечение.

##### **Задача №3**

1 период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Амниотомия. Кесарево сечение в экстренном порядке.

##### **Задача №4**

Беременность 37-38 недель. Гестоз тяжёлой степени. ПОНРП. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок. Кесарево сечение в экстренном порядке. При наличии матки Кувелера – экстирпация матки с трубами, перевязка внутренних подвздошных артерий.

##### **Задача №5**

Беременность 32 недели. Раноначавшийся длительно текущий гестоз тяжёлой степени. ПОНРП. Кесарево сечение в экстренном порядке.

##### **Задача №6**

Предлежание плаценты. УЗ-исследование, КФМ-контроль состояния плода. Консервативное лечение с оценкой эффективности

#### **Задача №7**

Беременность 2, 40 недель. Тазовое предлежание. 1 период родов. Неполное предлежание плаценты. Относительно крупный плод. Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

#### **Задача №8**

Неполное предлежание плаценты.

#### **Задача №9**

Беременность 36 недель. Неполное предлежание плаценты. Наблюдение; введение спазмолитиков, глюкокортикоидов, антианемическая терапия.

#### **Задача №10**

Беременность 36 недель. Косое положение плода. 1 позиция. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок 2 степени. Интенсивная инфузионная терапия, восполнение ОЦК. Кесарево сечение в экстренном порядке.

### **Тема 13 Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах**

#### **Задача №1**

Прошло 30 минут после рождения плода. Признаков отделения плаценты и кровотечения нет. Состояние роженицы удовлетворительное.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №2**

У роженицы с массой тела 60 кг через 20 минут после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 250,0 мл. Признаков отделения плаценты нет.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №3**

У роженицы 28 лет с преждевременным излитием вод возникло упорная слабость родовой деятельности. Применена активация родовой деятельности, наступила интранатальная гибель плода. Через 10 минут после рождения мёртвого плода самостоятельно отделилась плацента - цела, оболочки все. Матка сократилась, плотная, кровопотеря в течение 10 минут достигла 1100 мл. Предприняты меры - ручное обследование стенок полости матки, бережный дозированный наружно-внутренний массаж матки на кулаке, лёд на низ живота, сокращающие матку средства - эффекта не дали, кровотечение продолжается. Кровь, вытекающая из половых путей, - не свёртывается. Проба Ли-Уайта больше 15 минут.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №4**

У роженицы после родов переносным плодом в раннем послеродовом периоде возникло гипотоническое кровотечение. После принятых мер кровотечение прекратилось, матка плотная, общая кровопотеря достигла 1000 мл. Состояние роженицы средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 112 уд. в мин., слабое наполнения. АД 80/50. Проба Ли-Уайта 8 мин.

Диагноз? Ваша дальнейшая тактика?

#### **Задача №5**

Роженица 38 лет. Роды 4-ые. Родоразрешена в родильном стационаре живой девочкой, весом 2400 г, длиной 44 см: крик сразу громкий. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки рваные, в остатках оболочек видны сосуды, прерывающие в месте разрыва. Матка сократилась хорошо. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Диагноз? Что делать?

#### **Задача №6**

Через 15 минут после рождения последа, который при осмотре оказался целым, появилось кровотечение, кровопотеря 400 мл. Матка дряблая. Слабость, бледность роженицы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №7**

Повторнобеременная 27 лет, роды первые в срок. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение сильной струёй, роженица потеряла около 600 мл крови. Пульс 110 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Признаки отделения последа отрицательные.

Вероятные причины кровотечения и неотложные мероприятия.

#### **Задача №8**

Первородящая, 23 лет, родила ребёнка весом 3900,0. Сразу же после рождения началось кровотечение. Послед был немедленно выжат по Креде-Лазаревичу. При осмотре плацента цела, оболочки все. Матка хорошо сократилась, но кровотечение продолжается.

Предполагаемая причина кровотечения? Неотложная помощь?

#### **Задача №9**

Срочные роды. В анамнезе 4 искусственных аборта, последний осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре. Родилась доношенная девочка весом 4100,0, длина 53 см. Моча выделена катетером. Через 10 минут после рождения плода, началось кровотечение из половых путей. Определены признаки отделения плаценты. Выделилось 250 мл крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №10**

Роженице 28 лет, поступила с начавшейся родовой деятельностью, роды в срок. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик массой 3100 г, через 20 минут родился второй мальчик массой 3000 г, в момент прорезывания головки второго плода проведена профилактика кровотечения. Сразу после рождения плода моча выпущена через катетер. Послед выделился через 10 минут, сразу после рождения последа выделилось 250 мл. крови, кровотечение продолжается.

Диагноз? План ведения?

**Эталоны ответов:**

#### **Задача №1**

Последовый период. Аномалия прикрепления плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

#### **Задача №2**

Последовый период. Аномалия прикрепления плаценты. Кровотечение. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Утеротонические средства.

#### **Задача №3**

Роды мёртвым плодом. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Острый ДВС\_синдром. Лапаротомия. Экстирпация матки с трубами, перевязка внутренних подвздошных артерий, коррекция гемостаза, восполнение ОЦК.

#### **Задача №4**

Геморрагический шок 2 ст. после гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде. Инфузионно-трансфузионная терапия, восполнение ОЦК, наблюдение.

#### **Задача №5**

Ранний послеродовый период. Добавочная доля плаценты. Обследование полости матки.

#### **Задача №6**

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок 1 ст. Ручное обследование полости матки, массаж матки на кулаке, утеротонические средства, восполнение ОЦК.

#### **Задача №7**

Кровотечение в последовом периоде. Аномалия прикрепления плаценты. Ручное отделение плаценты и выделение последа.

#### **Задача №8**

Ранний послеродовый период. Разрыв шейки матки. Осмотр шейки матки, мягких родовых путей в зеркалах, ушивание.

#### **Задача №9**

Роды крупным плодом. 3 период родов. Кровотечение. Выделить послед наружными методами. Осмотр мягких родовых путей.

#### **Задача №10**

Роды двойней. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Наружный массаж матки, в/в утеротонические средства, инфузионная терапия, при отсутствии эффекта – ручное обследование полости матки.

### **Тема 14 Экстрагенитальные заболевания и беременность**

#### **Задача №1**

Первобеременная 27 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструации. При осмотре обнаружена беременность 8 недель и подвижная опухоль туго-эластичной консистенции, исходящая из правых придатков размером 10×12 см.



Диагноз и действия врача?

#### **Задача №2**

Повторнобеременная, 38 лет, обращалась в женскую консультацию по поводу незначительных кровотечений в сроках 22 недель и 28 недель беременности. Влагалищного исследования не проводилось, назначался покой на 3 дня, кровянистые выделения прекращались. На 39 неделе беременная поступила в больницу с обильным кровотечением. Размеры таза нормальные, положение плода продольное, головка плода над входом малого таза. При обследовании обнаружен рак шейки матки 1 стадии.

Обоснуйте действия и оцените тактику ведения беременной.

#### **Задача №3**

Первобеременная 24 лет поступила в клинику с жалобами на боль в надчревной области, зуд кожи, снижение аппетита, обесцвеченный кал, мочу тёмного цвета. Заболела две недели назад, к врачу не обращалась. При осмотре выраженная желтуха кожи. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 60 уд. в мин. Язык влажный. Живот увеличен за счёт беременности сроком 36 недель, при пальпации живота обнаружена увеличенная печень, край её острый, болезненный. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Предположительный диагноз? Пути его уточнения и врачебная тактика.

#### **Задача №4**

Первобеременная 28 лет обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструации. Таз 25-29-31-21 см. При влагалищном исследовании врач обнаружил беременность около 8 недель в сочетании с плотным образованием, расположенным в области дна матки, величиной 5×4 см, безболезненным при пальпации.

Диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №5**

Беременная внезапно почувствовала боли в животе. Была однократная рвота. Беременность первая в сроке 29-30 нед. Температура 37,6 С. Язык суховат, чистый, живот слегка напряжён. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. Матка в нормотонусе, болезненная при пальпации. Сердцебиение плода 136 уд. в мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Воды не изливались.

Диагноз? Консультация соответствующего специалиста? Тактика ведения?

#### **Задача №6**

В отделение патологии поступила первобеременная 24 лет с жалобами на сильный кожный зуд, желтушное окрашивание кожи. Выше указанные жалобы появились 7 дней назад. Сроки беременности 37 недель. Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин. Кожные покровы с желтушным оттенком. Данные биохимического исследования крови: билирубин - 30,4 мкмоль/л ( норма: 8,6-20,5 мкмоль/л), холестерин - 8,2 ммоль/л ( 3,7-7,0), ЩФ - 180 ед/мл (30-120), ПТИ - 100%, сулемовая проба - 0,5 Ед (1,6-2,2), тимоловая проба - 1,6 Ед (0,5), АЛАТ - 1,8 ммоль/л (0,1-1,5), АСАТ - 1,9 ммоль/л (0,1-1,3), маркёры к вирусу А и В отрицательные.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика?

#### **Задача №7**

Первобеременная 25 лет, доставлена «машиной скорой помощи» в обсервационное отделение клиники с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, озноб, частое болезненное мочеиспускание. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Симптом Пастернацкого справа положительный. Живот мягкий. Матка в обычном тонусе. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода ясное, 140 уд. в мин.

Диагноз. Принципы лечения.

#### **Задача №8**

Повторнобеременная 27 лет при сроке беременности 30 недель впервые обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на слабость, повышенный аппетит, жажду, полиурию. В анамнезе преждевременные роды мёртвым плодом массой 2800,0. При осмотре подкожная клетчатка развита слабо. Пульс 82 уд. в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Матка в обычном тонусе, сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Какие обследования необходимо провести в первую очередь? Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

### **Задача №9**

Родильница 34 лет на 5-е сутки после 3 родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боль усилилась, появился озноб, температура повысилась до 38°C. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Пульс 92 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохи серозно-кровянистые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Сама вена на протяжении около 10 см. уплотнена и болезненная. Паховые лимфатические узлы увеличены и болезненные. Левая стопа пастозна.

Сформулируйте клинический диагноз?

### **Задача №10**

Беременная Х., 29 лет, живет в сельской местности. При беременности 26 недель обратилась в консультацию к врачу акушеру-гинекологу и была направлена в отделение палаты патологии беременных с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное потребление жидкости (до 5-6 литров в сутки), кожный зуд, обильное мочеиспускание. Беременная желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях у неё на 7 месяце беременности произошли преждевременные роды мертвым плодом массой 3000г. Объективно: патологии не выявлено. Положение плода продольное II позиция, головное предлежание. ЧСС 136 ударов в минуту, окружность живота 96 см., высота стояния дна матки 30 см. При влагалищном исследовании определяется «незрелая» шейка матки. Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль/л, в моче 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Диагноз? Тактика? Возможные осложнения?

### **Эталонные ответы:**

#### **Задача №1**

Беременность 8 недель и опухолевидное образование яичников. Пролонгировать беременность до 16 недель с последующим оперативным удалением образования. При перекруте – экстренная операция.

#### **Задача №2**

Доношенная беременность и рак шейки матки 1 ст. Кесарево сечение с последующей расширенной экстирпацией матки и лучевой терапией. Ошибка врача женской консультации – необходимо было при первом обращении обследование и лечение в условиях стационара с обязательным осмотром шейки матки в зеркалах и взятием биопсии при подозрении.

#### **Задача №3**

Беременность 36 недель. Вирусный гепатит. Обследование и лечение в условиях инфекционной больницы, пролонгирование беременности. Роды в срок в специализированном стационаре через естественные родовые пути.

#### **Задача №4**

Беременность 8 недель в сочетании с субсерозной миомой матки. Пролонгирование беременности и наблюдение. Роды вести через естественные родовые пути.

#### **Задача №5**

Беременность 29-30 недель. Острый аппендицит. Срочная аппендэктомия в хирургическом отделении с последующей сохраняющей беременность терапией.

#### **Задача №6**

Беременность 37 недель. Холестатический гепатоз. Дифференциальный диагноз с острым жировым гепатозом беременных, вирусным гепатитом. Беременность можно пролонгировать, при отсутствии эффекта родоразрешение через естественные родовые пути.

#### **Задача №7**

Беременность I, 24-25 недель. Острый пиелонефрит. Лечение пиелонефрита. Лечение, направленное на сохранение беременности.

#### **Задача №8**

Беременность II, 30 недель. Сахарный диабет. ОАА (мртворождение в I родах). Провести анализ крови на сахар, консультация эндокринолога, окулиста. Госпитализация в акушерский стационар в

палату патологии беременных с последующим обследованием и лечением, назначенным эндокринологом и окулистом.

#### **Задача №9**

5 сутки послеродового периода. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Острый тромбофлебит поверхностной вены левой голени.

#### **Задача №10**

Беременность II, 26 недель. Положение плода продольное, II позиция, головное предлежание. Сахарный диабет. Необходимо в первую очередь проконсультировать беременную с эндокринологом для уточнения диагноза и тактики ведения беременности. Осложнения во время беременности: невынашивание, многоводие, тяжёлый гестоз, воспаление мочевыводящих путей, ретинопатия, аномалии развития плода, крупный плод. Осложнения в родах – слабость родовых сил, гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, клинически узкий таз. В послеродовом периоде – инфекционные осложнения, гипогалактия.

### **Тема 15 Многоплодная беременность. Аномальные положения и вставления плода..**

#### **Задача №1**

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 6 часов после схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двойня. Предлежит головка первого плода над входом в малый таз. Через 30 мин родился живой плод массой 3000,0, второй плод в поперечном положении, сердцебиение плода ясное, до 140 уд. в мин.

Диагноз? Как вести роды дальше?

#### **Задача №2**

Повторнородящая 23 лет с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 4 часа после начала родовой деятельности. Воды не изливались. ОЖ 120 см, ВДМ 40 см. Вторым приёмом Леопольда-Левицкого определяется много мелких частей. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз, небольших размеров. При аускультации определяется сердцебиение плода слева выше пупка 132 уд. в мин и справа ниже пупка 128 уд. в мин. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена. Открытие зева на 4 см. Плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №3**

В род. дом поступила повторнородящая с доношенной беременностью. Третьи роды у роженицы 26 лет. Первая беременность закончилась рождением мёртвого плода в связи с тазовым предлежанием плода и слабостью родовой деятельностью, вторая - самопроизвольным выкидышем при сроке 15 недель. Положение плода косое. Головка в левой подвздошной области. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд. в мин. Плодный пузырь цел. Размеры таза: 25-28-30-19 см. Схватки средней силы, ритмичные. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, легко растяжимые, раскрытие маточного зева 4 см, в момент исследования излились околоплодные воды.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №4**

Повторнобеременная, 26 лет. Беременность 4, роды 3, в срок, начались 10 ч назад, 30 мин назад отошли воды. Размеры таза 25, 28, 31, 20 см. Схватки по силе хорошие. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 в мин. на уровне пупка. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется плечико плода. Диагноз? Тактика врача.

#### **Задача №5**

Повторнобеременная, 30 лет. Роды 3 в срок, продолжаются 15 ч. Воды отошли 3 ч назад. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин. на уровне пупка. Состояние роженицы хорошее, схватки средней силы, температура нормальная. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется спинка плода. Диагноз? Тактика врача.

#### **Задача №6**

МногOROжавшая беременная, 36 лет. Роды пятые, беременность 36 нед. Обратилась к врачу женской консультации. Таз нормальный. Трижды находилась на стационарном лечении с угрозой прерывания беременности. Положение плода поперечное, сердцебиение ясное, ритмичное, 138 уд. в мин. Состояние роженицы хорошее. Диагноз? Тактика врача.

### **Задача №7**

Первобеременная 22 года. Беременность 40 нед. Схватки начались 15 ч назад, воды целы. Положение плода поперечное, крупная головка определяется справа. Длина овоида плода 27 см, окружность живота 110 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Размеры таза 26, 27, 30, 17 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы хорошее. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева 6 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть не определяется. Диагональная конъюгата 10 см. Диагноз? Тактика врача.

### **Задача №8**

Роженица 27 лет, поступила в 17.00 29 марта. Потуги хорошие по силе. Последние месячные с 15 по 17 июня. Роженица правильного телосложения. Со стороны костной системы изменений нет. По органам без особенностей. Температура 36,8 С. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. При наружном исследовании обращает внимание несколько необычная форма живота - матка растянута в поперечном направлении. Вторым наружным приёмом определяется сбоку и справа на уровне пупка крупная, плотная, баллотирующая часть плода - головка, слева вторая крупная часть, но менее плотная и небаллотирующая - ягодицы. Третьим и четвёртым приёмами над входом таза предлежащей части пальпировать не удаётся. Пограничная борозда на 5 поперечных пальцев над верхним краем лона. Сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка справа, 132 уд. в мин., ритмичное. Потуги хорошие. Воды только что отошли. Влагалищное исследование: влагалище свободное, открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежащей части не определяется, мыс не достигается, в малом тазу костных выступов и других изменений не обнаруживается. Диагноз? Тактика врача

### **Задача №9**

Роженица 28 лет. Поступила в 17.15 Срочные четвёртые роды. Настоящая беременность протекала без осложнений. В 16.30 отошли воды в значительном количестве и начались схваткообразные боли внизу живота. Размеры таза 26, 29, 32, 20 см. Форма живота - растянута в ширину, окружность живота 110 см. Кожа дряблая, с многочисленными рубцами беременности. Высота дна матки 39 см. Над входом таза предлежащая часть отсутствует. В боковых отделах матки выше гребней подвздошных костей определяются: справа - круглая, более крупная, плотная, слева - также крупная часть, но более мягкая, с менее резкими контурами, не баллотирующая. Мягкие части не определяются. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 уд. в мин., ритмичное. Схватки средней силы, через 5-6 мин, по 30 сек. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки укорочена, плодного пузыря нет, открытие зева 4 см, предлежащей части не определяется. Диагноз? Тактика

### **Задача №10**

Повторнородящая с нормальными размерами таза и доношенной беременностью поступила через 2 часа после начала схваток с целыми околоплодными водами. Диагностирована двойня. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Положение 1 и 2 плодов поперечное по данным УЗИ и наружного обследования. Определяются 2 головки плода - справа и слева. Сердцебиение плодов выслушивается слева и справа на уровне пупка, ясное, ритмичное до 140 и 136 уд. в мин. Схватки средней силы через 5-6 мин по 35 сек. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие зева 2 см. плодный пузырь цел. Предлежащие части 1 плода не определяются. Диагноз? Метод родоразрешения? В чём ошибка женской консультации?

### **Эталоны ответов:**

#### **Задача №1**

Роды двойней. Поперечное положение второго плода. Под глубоким наркозом после амниотомии произвести классический комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку с последующей экстракцией плода за ножку.

#### **Задача №2**

Роды двойней. Головное предлежание 1 плода. 1 период родов. Роды вести через естественные родовые пути. После родов 1 плода влагалищное исследование, амниотомия 2 плода, после чего роды вести соответственно акушерской ситуации. Профилактика гипотонического кровотечения.

#### **Задача №3**

Беременность 40 недель. Косое положение плода. 1 позиция. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Отягощённый акушерский анамнез. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №4**

Беременность 4, 40 нед. Поперечное положение плода, 2 период родов. Тактика врача: Под общим наркозом провести операцию классического поворота плода на ножку с последующей экстракцией плода за ножку. Далее провести ручное отделение плаценты, выделение последа, ревизию полости матки, чтобы убедиться в целостности её стенок.

#### **Задача №5**

Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода, 2 период родов. Тактика врача: Дать наркоз. Провести операцию кесарево сечение.

#### **Задача №6**

Беременность 5, 36 нед. Поперечное положение плода. ОАА. Тактика врача: Не допустить преждевременного излития околоплодных вод (дать совет о режиме). Предупредить о возможности рождения живого ребёнка при помощи операции кесарево сечение. Госпитализация в 38 нед. Полное клиническое обследование.

#### **Задача №7**

Беременность 1, 40 нед. Поперечное положение плода. Крупный плод. Плоскорихитический таз, сужение 2 степени. 1 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

#### **Задача №8**

Беременность 3, 40 недель. Поперечное положение плода, 2 позиция, передний вид, 2 период родов. Тактика врача: Классический внутренний поворот плода на ножку.

#### **Задача №9**

Беременность 4 Поперечное положение плода, 2 позиция, передний вид. Крупный плод. Раннее излитие околоплодных вод. 1 период родов. Тактика врача: Кесарево сечение.

#### **Задача №10**

Беременность 39 недель. Двойня. Поперечное положение обоих плодов. 1 период родов. Родоразрешение путём операции кесарево сечение. Необходима была дородовая госпитализация.

### **Тема 16 Оперативное родоразрешение. Вакуум экстракция. Акушерские щипцы.**

#### **Задача №1**

Первородящая, 20 лет, с доношенной беременностью. Родовая деятельность началась 10 часов назад. Роженица жалуется на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. АЖД 160/100 мм рт. ст. Схватки сильные, каждые 3-4 минуты, болезненные, воды излились. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. При внутреннем исследовании: шейка матки сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере. Во время исследования у роженицы внезапно появился припадок судорог.

Диагноз, его обоснование. Как вести роды дальше?

#### **Задача №2**

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха 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?

#### **Задача №3**

Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов. Плод живой, средних размеров. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди.

В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?

#### **Задача №4**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Состояние роженицы средней тяжести. Симптомы внутреннего кровотечения нарастают. Открытие полное. Сердцебиение плода глухое. Плодного пузыря нет. Головка в узкой части полости малого таза. Что делать?

#### **Задача №5**

МногOROжавшая (7 роды), беременность доношенная. Размеры таза: 26-29-31-20. Окружность живота 102 см. Имеется диастаз прямых мышц живота: после отхождения вод прошло 5 часов. Период изгнания продолжается 2 часа, в последующий час потуги резко уменьшились.

Сердцебиение плода глуховатое, до 145 уд/мин., аритмичное. При внутреннем исследовании: головка плода в выходе таза. Стреловидный шов в прямом размере. Диагноз? Что делать?

#### **Задача №6**

Своевременные роды длятся 12 часов. Воды излились 3 часа назад. Схватки стали редкими и слабыми. Сердцебиение плода меняется от 100 до 90 ударов в минуту. Открытие шейки матки полное. Головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа и сзади, большой слева и спереди, выше малого.

Диагноз? Акушерская тактика?

#### **Задача №7**

У первобеременной на фоне отеков, артериальное давление 140/90 мм.рт.ст во время потуг появились боли в животе, слабость, головокружение, кровяные выделения из половых путей. Пульс участился до 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Матка напряжена, болезненна при пальпации больше справа, между потугами расслабляется. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода 100 ударов в мин. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, головка плода в широкой части малого таза. Малый родничок слева, спереди и ниже большого.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №8**

Роды 1 срочные. Схватки в течение 12 часов. Воды излились 2 часа назад. Схватки стали редкими и слабыми. Сердцебиение плода меняется от 140 до 100 ударов в минуту. Открытие зева полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, сверху. Диагноз? План ведения?

#### **Задача №9**

Повторнородящая с затянувшимся вторым периодом родов до 2,5 часов при слабой родовой деятельности. Таз нормальных размеров. При влагалищном исследовании: головка плода на тазовом дне, с/б плода ясное, 120уд. в мин., температура - 36,5С.

Каков диагноз? Как вести дальше роды?

#### **Задача №10**

В родильный дом поступила роженица со сроком беременности 38 недель. В анамнезе ревматизм, неактивная фаза; митральный порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Недостаточность кровообращения II стадии. Таз нормальных размеров. Сердцебиение плода 100 ударов в мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода в узкой части малого таза.

Диагноз? План ведения?

#### **Эталонные ответы:**

##### **Задача №1**

Беременность 40 недель. 2 период родов. Гестоз тяжёлой степени. Эклампсия. Под общим наркозом роды закончить путём наложения полостных акушерских щипцов.

##### **Задача №2**

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

##### **Задача №3**

В правом косом размере, "блуждающая" левая ложка.

##### **Задача №4**

Наложение полостных акушерских щипцов.

##### **Задача №5**

Беременность 7, 40 недель. 2 период родов. Слабость потуг. Гипоксия плода. Наложение выходных акушерских щипцов.

##### **Задача №6**

2 период родов. 2 позиция, задний вид. Слабость потуг. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

##### **Задача №7**

2 период родов. 1 позиция, передний вид головного предлежания. Гестоз средней степени тяжести. ПОНРП. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

##### **Задача №8**

2 период родов. Слабость потуг. Начавшаяся гипоксия плода. Вакуум-экстракция плода.

##### **Задача №9**

2 период родов. Слабость потуг. Вакуум-экстракция плода.

#### **Задача №10**

Беременность 38 недель. Головное предлежание. 2 период родов. Ревматизм, неактивная фаза. Недостаточность митрального клапана, сердечная недостаточность IIБ стадии. Острая гипоксия плода. Наложение полостных акушерских щипцов.

### **Тема 17 Оперативное родоразрешение. Кесарево сечение в современном акушерстве.**

#### **Задача №1**

В отделение патологии поступила повторнобеременная 32 лет, со сроком беременности 39 недель. Настоящая беременность 3. Первая закончилась нормальными родами, вторая - 4 года назад - операцией кесарева сечения по поводу упорной слабости родовой деятельности. Ребёнок жив. В послеоперационном периоде было повышение температуры до 38. Заживление шва происходило вторичным натяжением. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, на передней брюшной стенке от лона до пупка звёздчатый рубец с участками углубления. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №2**

Повторнородящая с нормальными размерами таза и беременностью 38 недель поступила на родовую госпитализацию. Диагностирована двойня. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Положение 1 и 2 плодов поперечное по данным УЗИ и наружного обследования. Определяются 2 головки плода - справа и слева. Сердцебиение плодов выслушивается слева и справа на уровне пупка, ясное, ритмичное до 140 и 136 уд. в мин

Диагноз? Метод родоразрешения?

#### **Задача №3**

В отделение патологии на родовую госпитализацию поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 39 недель. Размеры таза 24-26-29-18 см. ОЖ - 110 см, ВДМ - 40 см. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 уд. в мин слева выше пупка. При влагалищном исследовании: шейка укорочена, цервикальный канал проходим для 1 п/п, в области внутреннего зева валик уплотнения. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №4**

Первородящая 26 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью поступила через 4 часа после начала схваток. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин, ясное. Ритмичное. Предполагаемая масса плода 3200,0 г. Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел. Головка подвижная над входом в малый таз, предлежит петля пульсирующей пуповины.

Диагноз? План ведения родов?

#### **Задача №5**

Первородящая 21 года. Роды продолжаются 12 часов, околоплодные воды излились одновременно с наступлением потуг час тому назад. Размеры таза: 26-27-31-17 см. Положение плода продольное, вторая позиция. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 140 уд. в мин справа ниже пупка, ясные, ритмичные. Внутреннее исследование: раскрытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, смещён ближе к лону. Диагональная конъюгата 10 см, мыс резко выступает в просвет таза.

Диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №6**

Первобеременная 20 лет. Срочные роды. Родовая деятельность началась 6 часов назад. На фоне комплексной терапии гестоза роженицу беспокоят головная боль, тошнота. Схватки через 3-5 мин, по 55 сек. Околоплодные воды излились 3 часа назад. АД 160/110 мм рт. ст. сердцебиение плода 140 уд. в мин. Внутреннее исследование под обезболиванием: раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди.

Диагноз? Как вести роды дальше?

#### **Задача №7**

Поступила роженица 27 лет, роды первые. Положение плода продольное, головное предлежание, головка плода прижата ко входу в малый таз. Схватки хорошие. Размеры таза: 25, 28, 32, 20 см. Индекс Соловьёва 15 см. Состояние роженицы и плода хорошее. Воды отошли 14 ч назад с началом схваток. Потуги продолжаются 3 часа. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяются: передний угол большого родничка, лоб, корень носа, надбровные дуги. Выделения гнойные. Диагноз? Тактика врача.

#### **Задача №8**

Роженица 37 лет. Третьи роды в срок, продолжаются сутки. Через 30 мин после появления схваткообразных болей внизу живота отошли воды в значительном количестве. Размеры таза 26, 29, 32, 20 см. Форма живота - растянут в ширину, окружность живота 100 см. Над входом таза предлежащая часть отсутствует. В боковых отделах матки выше гребней подвздошных костей определяются: справа - круглая, более крупная, плотная, слева - также крупная часть, но более мягкая, с менее резкими контурами, не баллотирующая. Сердцебиение плода не выслушивается. Потуги продолжаются 3 часа. Нижний сегмент болезненный при пальпации. Температура 39 С. Пульс 110 уд. в мин. Влагалищное исследование: из влагалища свисает ручка плода, плодного пузыря нет, открытие маточного зева полное. Выделения гнойные. Диагноз? Тактика врача.

#### **Задача №9**

Повторнородящая 36 лет. Предыдущие 5 родов закончились нормальными родами в срок. Настоящие роды в срок, продолжаются 22 часа, воды отошли в большом количестве за час до схваток. Схватки умеренные. Доставлена из дома с родившимся туловищем плода. Сердечные тоны плода не выслушиваются.

Диагноз. Какое возникло осложнение. Тактика врача.

#### **Задача №10**

Повторнобеременная, 30 лет. Роды 3 в срок. Воды отошли 20 ч назад до начала регулярной родовой деятельности. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Сердцебиение плода не выслушивается. Состояние роженицы средней тяжести, температура 38 С. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, определяется спинка плода, выделения гнойные.

Диагноз? Тактика врача.

#### **Эталоны ответов:**

##### **Задача №1**

Беременность 39 недель. Головное предлежание. Неполноценный рубец на матке после операции кесарева сечения. Родоразрешение путём операции повторного кесарева сечения в плановом порядке.

##### **Задача №2**

Беременность 38 недель. Двойня. Поперечное положение обоих плодов. Родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

##### **Задача №3**

Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Крупный плод. Общеравномерносуженный таз 1 степени. «Созревающая» шейка матки. Родоразрешение путём операции кесарева сечения в плановом порядке.

##### **Задача №4**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Предлежание пуповины. Срочная операция кесарева сечения.

##### **Задача №5**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 2 период родов. Плоскорохитический таз 2 степени. Заднее асинклитическое вставление. Клинически узкий таз. Операция кесарева сечения в экстренном порядке.

##### **Задача №6**

Беременность 40 недель. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Гестоз тяжёлой степени. Преэклампсия. Операция кесарева сечения в экстренном порядке.

##### **Задача №7**

Беременность 1, 40 нед. Положение плода продольное. Лобное вставление. Клинически узкий таз. Раннее излитие околоплодных вод (длительный безводный период - 14 ч). Эндометрит в родах. 2 период родов. Тактика врача: Необходимо немедленно дать наркоз для снятия родовой деятельности и провести краниотомию, т.к. роды живым плодом через естественные родовые пути невозможны.

##### **Задача №8**



Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода с выпадением ручки. Мёртвый плод. Раннее излитие околоплодных вод. Угрожающий разрыв матки. Эндометрит в родах. 2 период родов. Тактика врача: Срочно - дать наркоз. Провести операцию - декапитацию головки. Провести ручное отделение плаценты и выделение последа с ручной ревизией стенок матки. Антибактериальная терапия.

#### **Задача №9**

Беременная 6, 40 нед. Продольное положение. Ножное предлежание. 2 период родов. Преждевременное излитие вод. Запрокидывание ручек плода. Интранатальная гибель плода. Тактика: наркоз, краниотомия последующей головки.

#### **Задача №10**

Беременность 3, 40 нед. Запущенное поперечное положение плода. Преждевременное излитие вод (безводный период - 20 ч). Эндометрит в родах. Мёртвый плод. 2 период родов. Тактика врача: Под общим обезболиванием провести операцию - спондилотомию с последующим отделением плаценты, выделение последа и ревизией полости матки. В послеродовом периоде - массивная антибактериальная терапия.

### **Тема 18 Преэклампсия.**

#### **Задача №1**

У беременной на 36 неделе появилась рвота до 10-15 раз в сутки, слабость, тошнота. Жалуется на потерю аппетита, слабость, резкое исхудание, в моче обнаружен ацетон. Артериальное давление 140 и 100 мм.рт.ст

Предполагаемый диагноз? Лечение?

#### **Задача №2**

Первобеременная 22 лет. Срок беременности 8 недель. Жалобы на частую рвоту (20-25 раз в сутки), общую слабость, жажду, сухость во рту, головокружение, головную боль, плохой аппетит (пищу практически не удерживает), бессонницу. За последние 5 дней потеряла в весе 5 кг. Кожные покровы бледные, отмечается их сухость. Язык сухой, при пальпации живота - печень выступает за край рёберной дуги на 2,5 см, край её безболезненный. Температура 37,6 С. Пульс 110 уд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. В моче белок 1,89‰, положительная реакция на ацетон.

Диагноз? Терапия?

#### **Задача №3**

У беременной в 36 недель ежедневная прибавка в весе 600-700 г. Со стороны внутренних органов изменений нет. Величина матки соответствует сроку беременности.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №4**

У женщины 29 лет при сроке беременности 34 нед. и наличии вялотекущего гестоза в течение 3 недель на фоне повышения АД до 170/100 мм рт. ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 недели и маловодие, при доплерометрии: увеличение резистентности кровотока в обеих маточных артериях и "критическое" состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании — "зрелая" шейка матки.

Диагноз? Какова должна быть тактика ведения?

#### **Задача №5**

Беременная М., 27 лет, срок беременности 36 нед. доставлена в родильный дом бригадой "скорой помощи" с жалобами на головную боль, мелькание мушек перед глазами, тошноту. На приемном покое появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, затем тонические сокращения всей скелетной мускулатуры, остановка дыхания, потеря сознания. Через 20-25 сек. возникли клонические судороги, изо рта выделилась пена.

Диагноз? Первые действия врача по окончании припадка

#### **Задача №6**

В отделение патологии беременных поступила женщина Н., срок беременности 32-33 нед. жалобы на головную боль, отеки. Объективно: нижние конечности, передняя брюшная стенка, лицо отечны. АД 190/120 мм.рт.ст.(исходное АД 110/70) при исследовании глазного дна обнаружены дистрофические изменения сосудов сетчатки, дефицит выделяемой жидкости 30%. Белок мочи 0,99%.

Диагноз? В течение какого времени возможно консервативное лечение?

#### **Задача №7**

При обследовании беременной в женской консультации выявлено: беременность 36 недель, отёки нижних конечностей. В моче 0,09‰ белка, АД 160/90 мм рт. ст. Самочувствие удовлетворительное.

Диагноз? План ведения?

#### **Задача №8**

Первородящая, 17 лет, с доношенной беременностью в бессознательном состоянии доставлена в стационар. Со слов родных, дома в течение 2 часов наблюдались 2 припадка, сопровождающиеся потерей сознания и судорогами. Пульс 86 уд. в мин, АД 160/100 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные. Схватки продолжаются в течение 6 часов, ритмичные, хорошей силы. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача.

#### **Задача №9**

Первобеременная 20 лет. Срочные роды. Родовая деятельность началась 6 часов назад. На фоне комплексной терапии гестоза роженицу беспокоят головная боль, тошнота. Схватки через 3-5 мин, по 55 сек. Околоплодные воды излились 3 часа назад. АД 160/110 мм рт. ст. сердцебиение плода 140 уд. в мин. Внутреннее исследование под обезболиванием: раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди.

Диагноз? Как вести роды дальше?

#### **Задача №10**

В отделение патологии поступила первобеременная 20 лет. В анамнезе хронический пиелонефрит. Срок беременности 38 недель. Общее состояние средней тяжести. АД 150/100 мм. рт.ст., пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. На голенях умеренные отеки, в моче белок 1,65 г/л. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода приглушено до 160 ударов в минуту. При кардиомониторном наблюдении за плодом отмечается тахикардия, аритмия. По УЗИ наличие большого количества петрификатов в плаценте. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, зев закрыт, выделения белые бели.

Поставьте диагноз. Оцените состояние внутриутробного плода. Выберите метод родоразрешения и обоснуйте его.

#### **Эталоны ответов:**

##### **Задача №1**

Беременность 36 недель. Тяжелая преэклампсия. Посиндромная терапия в условиях стационара в течение 6-12 часов, с оценкой эффективности лечения. Экстренное родоразрешение

##### **Задача №2**

Беременность 8 недель. Ранний токсикоз тяжелой степени. Прерывание беременности по медицинским показаниям при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение суток.

##### **Задача №3**

Беременность 36 недель. Прегестоз. Лечение в условиях женской консультации, назначение «разгрузочных» дней, ограничение приёма жидкостей.

##### **Задача №4**

Беременность 34 недели. Гестоз тяжелой степени. Преэклампсия. Маловодие. ХФПН. Синдром задержки развития плода 1-2 степени. Лечение в условиях ПИТ, подготовка к родоразрешению путём операции кесарево сечение в срочном порядке.

##### **Задача №5**

Беременность 36 недель. После припадков сразу вдыхание кислородно-воздушной смеси 40-60% по 10 мин.; наркоз; транспортировка в операционную; родоразрешение операцией кесарево сечение в экстренном порядке.

##### **Задача №6**

Беременность 32-33 недели. Гестоз тяжелой степени. Комплексное лечение в условиях ПИТ в течение 1-2 суток с оценкой эффективности.

##### **Задача №7**

Беременность 36 недель. Гестоз средней степени. Срочная госпитализация в отделение патологии. Посиндромная терапия.

##### **Задача №8**

Доношенная беременность у юной первородящей. Эклампсический статус. Кома. 1 период родов. Оказание неотложной помощи в условиях реанимационного отделения – интубация трахеи, посиндромная терапия с одновременным срочным родоразрешением путём операции кесарева сечения.

#### **Задача №9**

Беременность 40 недель. Головное предлежание. 1 период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Гестоз тяжёлой степени. Преэклампси. Операция кесарево сечение в экстренном порядке.

#### **Задача №10**

Беременность I, 38 недель. Положение плода продольное, головное предлежание. Сочетанный гестоз средней степени тяжести на фоне хронического пиелонефрита. Острая декомпенсированная гипоксия плода. Хроническая ФПН. Кесарево сечение в экстренном порядке. Реанимационные мероприятия для новорожденного.

### **Тема 19 Перинатальная охрана плода. Хроническая плацентарная недостаточность. Гипоксия плода. Асфиксия новорожденного.**

#### **Задача №1**

Первобеременная, срок гестации 36 недель, в течение 2 недель проводится интенсивная терапия железодефицитной анемии беременной НВ 100 г/л. Число шевелений плода 6-7 за 10 минут, сердцебиение плода 150-160 уд/мин после самопроизвольного шевеления учащение до 170-180 уд/мин.

Диагноз. Тактика.

#### **Задача №2**

Первая беременность 41-42 недели. Дородовое излитие вод, окрашенных меконием. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено. Головка прижата ко входу в малый таз. Родовой деятельности нет. Шейка матки сохранена, длиной до 3 см, наружный зев закрыт.

Диагноз. План ведения родов.

#### **Задача №3**

У повторнобеременной с доношенной беременностью 18 часа назад диагностировано начало родовой деятельности. В настоящее время женщина отмечает 1 шевеление плода за 10 минут, сердцебиение плода 100 уд/мин, после шевеления 80-90 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, головка плода над входом в малый таз.

Диагноз. Его обоснование. Тактика.

#### **Задача №4**

У первородящей 23 лет с нормальным тазом и доношенной беременностью схватки продолжают 8 часов. Роженица утомлена. Температура 36,7 С, пульс 70 уд. в мин, удовлетворительного наполнения. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода 100 уд. в мин.

Внутреннее исследование: шейка матки сглажена, края зева тонкие, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз

Диагноз? Тактика?

#### **Задача №5**

Первый период повторных родов длится более 10 часов. После медикаментозного сна-отдыха 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?

#### **Задача №6**

Повторнобеременная 27 лет, роды первые, в срок. Сердцебиение плода аритмичное, 100 уд. в мин. Потуги слабые. Терапия без эффекта. При влагалищном исследовании открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Ягодицы плода в полости малого таза, рядом с ними стопки плода.

Диагноз? Тактика врача?

#### **Задача №7**

Родился доношенный ребёнок с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в минуту.

Оценка по шкале Апгар? Диагноз? План реанимационных мероприятий?

#### **Задача №8**

Родился живой переносимый мальчик массой 3100 грамм, длиной 51 см, с однократным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Оценён через 1 минуту после рождения на 2 балла по шкале Апгар.

Диагноз. Причины осложнения. Ваша тактика.

#### **Задача №9**

При ведении родов в чисто ножном предлежании по Цовьянову возникло осложнение-- запрокидывание ручек первой степени. Оказано классическое ручное пособие. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов.

Ваша тактика.

#### **Задача №10**

По поводу остроразвившейся итранатальной гипоксии плода во 2 периоде родов проведено оперативное родоразрешение с помощью акушерских щипцов. Извлекли живого ребенка с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Мальчик оценен на 5 баллов по шкале Апгар. Ваша тактика.

#### **Эталоны ответов:**

##### **Задача №1**

Беременность 1, 36 недель. Анемия беременных лёгкой степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Лечение анемии и гипоксии плода.

##### **Задача №2**

Беременность 42 недели. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Дородовое излитие околоплодных вод. «Незрелая» шейка матки». Родоразрешение путём операции кесарево сечение.

##### **Задача №3**

Беременность 2, 40 недель. Головное предлежание. 1 период затяжных родов. Острая гипоксия плода. Тактика: родоразрешение путём операции кесарево сечение.

##### **Задача №4**

Беременность 1, 40 недель. 1 период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода. Тактика: кесарево сечение в экстренном порядке.

##### **Задача №5**

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

##### **Задача №6**

2 период своевременных родов в смешанном ягодичном предлежании. Слабость потуг. Острая внутриутробная гипоксия плода. Операция – экстракция плода за тазовый конец.

##### **Задача №7**

Асфиксия новорождённого тяжёлой степени. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. Интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, ИВЛ, посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

##### **Задача №8**

Асфиксия новорождённого тяжёлой степени. Причины: перенашивание, обвитие пуповиной шеи плода. ИВЛ, посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

##### **Задача №9**

Асфиксия новорождённого лёгкой степени. Санация трахеобронхиального дерева, оксигенотерапия, наблюдение и посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

##### **Задача №10**

Асфиксия новорождённого средней степени. Интубация трахеи, санация трахеобронхиального дерева, при необходимости – ИВЛ; посиндромная терапия в отделении интенсивной терапии.

### **Тема 20 Роль женской консультации. Планирование семьи. Методы контрацепции.**

#### **Задача №1**

1. Перечислить задачи женской консультации.
2. Составить план проведения первого группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

#### **Задача №2**

1. Основной принцип работы женской консультации.
2. Составить план проведения второго группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

**Задача №3**

1. Перечислить функции участкового врача акушера-гинеколога.
2. Составить план проведения третьего группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

**Задача №4**

1. Назвать основные виды документации женской консультации.
2. Составить план проведения четвёртого группового занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

**Задача №5**

1. Принцип ведения картотеки беременных.
2. Значение школы матерей для беременных.

**Задача №6**

1. Перечислить методику обследования беременной при первом обращении в женскую консультацию.
2. Составить план проведения первого группового занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам

**Задача №7**

1. Назвать основные качественные показатели работы женской консультации.
2. Составить план проведения второго группового занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам.

**Задача №8**

1. Оформление женщины для направления на аборт.
2. Составить план проведения третьего занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам

**Задача №9**

1. Социально-правовая помощь.
2. Составьте проведения 4-го занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам.

**Задача №10**

1. Методика обследования беременной в условиях женской консультации при очередной явке.
2. Частота посещения беременной к врачу.

**Эталоны ответов:****Эталон №1**

1. Оказание лечебно-профилактической помощи во время беременности, после родов; лечение гинекологических больных; внедрение среди женщин путём санитарной пропаганды гигиенических навыков; изучение условий труда женщин-работниц и охрана здоровья женщин; проведение психопрофилактической подготовки; социально-правовая работа; профилактические осмотры женщин; диспансеризация; борьба с абортами.

2. 1-е занятие:

а) анатомическое строение матки, влагалища и наружных половых органов, мышц тазового дна и костного таза; б) менструальная функция, оплодотворение, развитие беременности; в) строение плаценты, значение околоплодных вод; г) периоды родов; д) роль коры головного мозга в формировании болевого ощущения.

**Эталон №2**

1. Принцип участковости, 1 акушерско-гинекологический участок равен 2 терапевтическим с числом женщин 4000-4500, оказание специализированной помощи женщинам.
2. Первый период родов: а) механизм раскрытия шейки матки; б) схватки; в) роль плодного пузыря в раскрытии шейки матки; г) важность правильного поведения роженицы.

**Эталон №3**

1. Обслуживание беременных женщин, родильниц, оказание помощи гинекологическим больным, профилактические осмотры женского населения, выявление групп риска и

диспансеризация больных. Санитарно-просветительная работа, ведение отчётной документации.

2. 3 занятие: а) приёмы обезболивания родов; б) дыхание, сочетание глубокого дыхания с поглаживанием кожи нижней половины живота, прижатие «точек обезболивания».

#### **Эталон №4**

1. Индивидуальная карта беременной и родильницы, обменная карта (форма № 113), статистический талон, индивидуальная карта амбулаторного больного, контрольная карта диспансерного наблюдения, листок нетрудоспособности, дневник врача поликлиники, паспорт участка.

2. 4-е занятие: а) физиология 2 периода родов; б) физиология 3 периода родов; в) поведение роженицы во 2-ом и 3-ем периодах родов; г) показания к поступлению в родильный дом.

#### **Эталон №5**

1. Расположение карт беременных по датам явки, сигнальная картотека.

2. Подготовка беременных к родам специалистами: акушером-гинекологом, педиатром, юристом.

#### **Эталон №6**

1. Общее клиническое обследование и специальное:

анамнез, рост, вес, тазоизмерение, влагалищное исследование. Направление на обследование: анализ мочи, анализ крови, мазок на стафилококконосительство, степень чистоты влагалища и гонококк Нейсера, кровь на токсоплазмоз, кровь на резус-принадлежность. Консультация стоматолога, терапевта, ЛОР-врача, окулиста. Составление плана ведения беременной с учётом данных обследования.

2. 1-е занятие: а) анатомическое строение матки, влагалища и наружных половых органов, мышц тазового дна и костного таза; б) менструальная функция, оплодотворение, развитие беременности; в) строение плаценты, значение околоплодных вод; г) периоды родов; д) роль коры головного мозга в формировании болевого ощущения.

#### **Эталон №7**

1. Материнская и перинатальная смертность, мертворождаемость, число преждевременных родов, частота осложнений в родах, ранняя обращаемость, невынашиваемость, ошибки в выдаче родового отпуска.

2. Первый период родов: а) механизм раскрытия шейки матки; б) схватки; в) роль плодного пузыря в раскрытии шейки матки; г) важность правильного поведения роженицы.

#### **Эталон №8**

1. Анамнез, влагалищное исследование, определение срока беременности, обследование: анализ крови, кровь на сифилис, мазок на гонококк Нейсера и степень чистоты влагалища, флюорография.

2. 3 занятие: приёмы обезболивания родов; дыхание, сочетание глубокого дыхания с поглаживанием кожи нижней половины живота, прижатие «точек обезболивания».

#### **Эталон №9**

1. В работу юриста входит: а) юридическая консультация по законодательству прав матери и ребёнка; б) юридическая консультация незамужних (права и обязанности); в) оформление отказа от ребёнка и вопросы усыновления ребёнка; г) беседа с несовершеннолетними беременными, родителями, сожителями; д) оформление документов в суд по вопросу растления несовершеннолетних, определение отцовства и алиментов.

2. 4-е занятие: а) физиология 2 периода родов; б) физиология 3 периода родов; в) поведение роженицы во 2-ом и 3-ем периодах родов; г) показания к поступлению в родильный дом.

#### **Эталон №10**

1. Жалобы - опрос, взвешивание, измерение окружности живота и ВДМ, пальпация живота, аускультация.

2. До 20 недель - 1 раз в месяц, до 30 недель - 2 раза в месяц и каждые 7 дней во время родового отпуска. 15-18 раз за беременность, протекающую без осложнений.

### **Тема 21. Препедевтика гинекологических заболеваний. Регуляция менструального цикла.**

### **Задача 1**

Пациентка С., 22 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на боли в низу живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Какие обязательные методы исследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

#### **Эталон ответа**

Анамнез. Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала, влагалища, прямой кишки на микрофлору, в том числе специфическую; обследование на ИППП методом ПЦР; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.

### **Задача 2**

Пациентка Н., 23 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение года. Какие анамнестические данные необходимы для постановки диагноза? Составьте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

#### **Эталон ответа**

Необходимые анамнестические данные: были менструации раньше, живет ли половой жизнью, перенесенные заболевания, репродуктивная функция (роды, аборты), потеря массы тела, стрессовая ситуация. Общий и гинекологический осмотр (ИМТ, щитовидная железа и молочные железы). План обследования: тесты функциональной диагностики, гормональные пробы, УЗИ органов малого таза, исследование глазного дна и полей зрения, МРТ турецкого седла, гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, ТЗ, Т4, ТТГ), консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокринолог), по показаниям – гистероскопия, лапароскопия.

2. Маточная форма аменореи, эстрогеновая недостаточность

## **Тема 22. Нарушения функции репродуктивной системы.**

### **Задача 1.**

Пациентка И., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, ежемесячные боли в низу живота приблизительно в одни и те же числа.

Считает себя больной после проведения медицинского аборта при сроке беременности 8 недель. Послеоперационный период осложнился развитием гематометры, в связи с чем проводилось повторное выскабливание матки. Через месяц после повторного выскабливания отмечались сильные боли в низу живота, кровянистых выделений из половых путей не было. В последующем ежемесячно в первые числа месяца отмечались боли в низу живота, но менструаций не было.

Три месяца назад обратилась в женскую консультацию. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки чистая, розового цвета, наружный зев щелевидной формы, симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи - 8 см. При бимануальном исследовании: матка слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Результаты дополнительных методов исследования: базальная температура - двухфазная, с повышением выше 37,0 С примерно за 2 недели до появления болей; УЗИ –эндометрий 2мм; содержание гормонов в плазме крови нормальное, гормональные пробы с прогестероном отрицательные.

Диагноз. План обследования и лечения. Дифференциальная диагностика причин аменореи.

#### **Эталон ответа**

Диагноз: Вторичная аменорея, маточная форма, внутриматочные синехии. Тактика – гистероскопия, разрушение синехий, введение ВМС на 2-3 месяца, назначение циклической гормональной терапии.

### **Задача 2.**

Пациентка Т., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 8 месяцев, отделяемое белого цвета из молочных желез.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, необильные. Роды одни, два года назад без особенностей. Объективно: умеренное выделение молозива из молочных желез. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы слегка гипотрофичны. В зеркалах: симптом «зрачка» отрицательный. При бимануальном

исследовании: влагалище узкое. Матка в anteversio-flexio, маленькая, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечение.

#### **Эталон ответа**

Диагноз: Вторичная аменорея. Гиперпролактинемия. Дополнительные методы исследования – гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин), МРТ турецкого седла, глазное дно и поля зрения. Лечение каберголином.

#### **Задача 3**

Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

#### **Эталон ответа**

Диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте. Показано раздельное диагностическое выскабливание матки с последующей гормональной коррекцией менструальной функции (КОК, гестагены во вторую фазу менструального цикла).

#### **Задача 4.**

Пациентка А., 19 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение 1,5 лет. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, до 17 лет были регулярные, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренно болезненные, не обильные. С 17 лет начала ограничивать себя в еде, потому что считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 10 кг веса, менструации прекратились. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Ела очень мало, объясняя это отвращением к пище. Периодически принимала слабительные средства. Половой жизнью не живет.

Объективно: рост 164 см, вес 43 кг. Кожа бледная, шелушится на локтях. Молочные железы дряблые. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела – 36,2 °С. При гинекологическом обследовании наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая. При ректоабдоминальном исследовании матка маленьких размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. По данным УЗИ тело матки размерами 30x30x21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхолинейное. Объем правого яичника – 3,8 см<sup>3</sup>, левого яичника – 3,2 см<sup>3</sup>. Фолликулярный аппарат выражен слабо.

Объясните причину отсутствия менструаций у больной. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику? Диагноз. План лечения.

#### **Эталон ответа**

Диагноз: Аменорея при нервной анорексии. Дифференциальная диагностика с гипофизарной, яичниковой и маточной формами аменореи. Лечение: нормализация массы тела, психотерапия, витаминотерапия, циклическая гормональная терапия 3-6 месяцев.

### **Тема 23. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии**

#### **Задача 1.**

К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 16 лет, с жалобами на редкие, скудные менструации. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост пациентки, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, гипертрофированные мышцы тела, недоразвитость молочных желез, оволосение по мужскому типу. Менструации с 15 лет, через 38-49 дней, скудные, безболезненные.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечаются увеличение клитора, гипоплазия малых и больших половых губ. При ректоабдоминальном исследовании: матка несколько меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз, проведение дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.



### **Эталон ответа**

Диагноз: Аденогенитальный синдром (пубертатная форма). Обследование: определение в крови – ДГЭ-сульфат, 17-ОП, тестостерона, проведение проб с дексаметазоном; УЗИ органов малого таза; компьютерная томография надпочечников, консультация эндокринолога. Лечение: глюкокортикоидные гормоны.

### **Задача 2**

Пациентка К., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, слизистая влагалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Вопросы: Предварительный диагноз. План обследования и лечения. Показания к немедикаментозной терапии.

### **Эталон ответа**

Диагноз: Климактерический синдром средней степени тяжести. План обследования: гормональный профиль (ФСГ, ТТГ, эстрадиол), УЗИ органов малого таза, консультация невропатолога, терапевта, исследования для выявления риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Лечение: менопаузальная гормональная терапия при отсутствии противопоказаний, рациональный режим труда и отдыха, физические упражнения, водные процедуры.

### **Задача 3**

Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боли при половом сношении. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных тубовариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 суток. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка, тело матки и придатки отсутствуют, параметры не изменены.

Диагноз, план лечения.

### **Эталон ответа**

Диагноз: Посткастрационный синдром. Лечение – заместительная гормональная терапия в сочетании с физиотерапевтическими методами.

### **Задача 4**

Пациентка Ю., 23 лет, предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 2,5 месяцев, бесплодие.

Менструации с 13 лет, нерегулярные, с задержками на 2-3 мес., скудные, безболезненные. С 13 лет отмечает рост волос на задней поверхности бедер, голенях, над верхней губой. В браке 3 года, от беременности не предохраняется, беременность не наступает.

При осмотре - гипертрихоз кожи; пигментация и гиперкератоз в подмышечных, паховых областях, под молочными железами; ожирение с равномерным распределением жировой ткани. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются несколько увеличенные, плотные, безболезненные яичники.

Диагноз. План обследования. Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями

### **Эталон ответа**

Диагноз: Синдром поликистозных яичников. Первичное бесплодие. Обследование: гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, эстрогены, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП), УЗИ органов малого таза, надпочечников, проба с дексаметазоном, компьютерная томография гипоталамо-гипофизарной области, стимуляция овуляции по показаниям.

#### **Тема 24. Аномалии развития и положения женских половых органов.**

##### **Задача 1**

Девочка 17 лет. Жалобы на отсутствие менструаций. Объективно: рост 180 см, вес 71 кг, нормостеническое телосложение. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты по женскому типу, глубина влагалища по зонду 2 см. Клитор не гипертрофирован. При ректо-абдоминальном исследовании и УЗИ органов малого таза – матка отсутствует, яичники в виде рудиментов по 1,5см. В гормональном профиле повышены уровни ФСГ и ЛГ; уровень эстрадиола снижен

Вопросы: 1) Диагноз 2) Диагностические методы с целью установления диагноза. 3) План лечения

##### **Эталон ответа**

1. Аплазия влагалища и матки. Синдром Рокитанского-Кюстнера 2. Исследование кариотипа, УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза 3. Кольпопоз

##### **Задача 2.**

Женщина 78 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в низу живота, ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание, недержание газов. Из анамнеза: Работа была связана с подъемом тяжестей. Из экстрагенитальных патологии отмечает хронический бронхит, варикозную болезнь. Грыжесечение по поводу паховой грыжи в 45 лет. Менопауза в 52 года. Половая жизнь с 21 года, в браке. Было 6 беременностей, три из которых закончились срочными родами. Вес детей 3100 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влагалища и промежности. Три беременности закончились искусственным абортom, в сроках 7 – 9 недель, без осложнений. В течение последних 5-и лет стали беспокоить тянущие боли в низу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы без физической нагрузки за пределы половой щели выступает шейка матки. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Периодическое недержание газов. Мочеиспускание затруднено, безболезненное. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка и тело матки полностью выходят за пределы половой щели. Определяются выпавшие передняя и задняя стенки влагалища. В зеркалах: (после вправления тела матки) слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, незначительные. Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Дополнительные методы обследования. Дифференциальная диагностика с другими причинами тазовой инконтиненции. Тактика ведения. Оцените анамнестические данные.

##### **Эталон ответа**

1. Диагноз: полное выпадение матки. 2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря. 3. учитывая возраст женщины, рекомендуется оперативное лечение. Операциями выбора могут быть: влагалищная экстирпация матки с кольпоперинеолеваторопластикой, пластикой мочевого пузыря и прямой кишки; или, при отсутствии половой жизни, операция влагалищной облитерации (по Лефору). При операции Лефора необходимо отсутствие патологии шейки матки и эндометрия. 4. Факторы риска – роды крупными плодами, разрывы мягких тканей в родах, заболевания, ассоциированные с дисплазией соединительной ткани.

##### **Задача 3.**

Пациентка 20 лет жалуется на боли в низу живота, усиливающиеся во время менструации, повышение температуры до 37,3С. Объективно: состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. При гинекологическом исследовании: влагалище свободное. Шейка матки цилиндрическая, без нарушения эпителия. Матка больше нормы, создается впечатление об ее асимметрии, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации. Придатки не увеличены, область их безболезненная. Параметрии свободные. Выделения светлые.

Ваш диагноз. Какие анамнестические данные могут помочь в постановке диагноза?

Диагностические инструментальные методы с целью установления диагноза. Тактика ведения.

#### **Эталон ответа**

Рудиментарный рог матки. Исследование менструальной функции. УЗИ и КТ органов малого таза. Лапароскопия. Удаление рудиментарного рога матки.

#### **Задача 4.**

Девочка 14 лет. Жалобы на периодические темные мажущие выделения из половых путей с неприятным запахом, болезненные менструации. Интенсивность болевого синдрома нарастает (от тянуще-ноющего до распирающего характера), последние два цикла девочка принимала обезболивающие и спазмолитические препараты – без эффекта. Менструации с 13,5 лет, по 6-7 дней, через 28-30 дней, обильные, регулярные. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты по женскому типу, *virgo intacta*, выделений из половых путей нет. При ректо-абдоминальном исследовании в проекции верхней трети влагалища пальпируется образование тугоэластической консистенции, верхний полюс которого на 2 см выше лона, ограниченно подвижное, чувствительное при пальпации. Во время осмотра из половых путей выделилось 10 мл темной густой крови с неприятным запахом. В мазках отделяемого из влагалища эритроциты и лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения.

Вопросы: 1) Диагноз, дифференциальная диагностика 2) План обследования 3) План лечения

#### **Эталон ответа**

1. Рудиментарный рог матки, гематометра, пиометра рудиментарного рога. 2.УЗИ, МРТ органов малого таза, вагиноскопия, УЗИ почек 3.Лапароскопия, удаление рога матки

### **Тема 25. Кровотечения в I половине беременности. Самопроизвольный аборт. Пузырный занос.**

#### **Задача № 1**

Больной 32 года. В анамнезе 4 артифициальных аборта без осложнений. Задержка менструации на 1 неделю. Заболела остро: от болей в низу живота кратковременно потеряла сознание. Бледная, вялая. Пульс 120 уд/мин. АД - 80 и 40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Выражен симптом Щеткина. При влагалищном исследовании отмечается бледность слизистых оболочек. Смещение шейки матки болезненно, что не позволяет четко пропальпировать тело матки, придатки. Пастозность и резкая болезненность заднего свода. Выделений нет.

Сформулируйте предварительный диагноз. План ведения. Оценка жалоб больной.

**Эталон ответа**Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Геморрагический шок.Экстренное определение показателей красной крови, группы крови и резуса.

Пункция через задний свод влагалища.

Оперативное лечение в экстренном порядке.

#### **Задача № 2**

Больная 26 лет обратилась по поводу мажущих кровянистых выделений из половых путей и болей в низу живота, появившихся на 6 день после миниаборта, произведенного при задержке менструации на 15 дней. В моче обнаружен хорионический гонадотропин (1200 ЕД). Температура 37,4.

Диагноз. Тактика врача. Оценка жалоб и анамнеза больной.

**Эталон ответа** Прогрессирующая внематочная беременность.

УЗИ гениталий. Повторное определение ХГЧ. Динамическое наблюдение.

При подтверждении диагноза – оперативное лечение.

#### **Задача № 3**

Больной 30 лет. Последняя менструация 6 недель назад. Беспокоят боли в низу живота, больше справа. Температура 37,0. Синюшность шейки матки, смещение резко чувствительно. Матка

больше нормы, мягковатая, чувствительная при пальпации . Правые придатки утолщены, болезненны. Своды свободны. Выделения скудные, темно-кровянистые. В моче обнаружен хорионический гонадотропин (350 ЕД).

Сформулируйте предварительный диагноз. Тактика врача.

**Эталон ответа**

Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.

УЗИ гениталий. Кольпоцентез. Определение ХГЧ крови.

Оперативное лечение.

**Задача № 4**

Больной 26 лет. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Задержка месячных на 4 недели. Жалоб нет. Смещение матки безболезненное, тело ее несколько увеличено, мягковатой консистенции, справа в области придатков образование 8x4x3 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые.

Результаты обследования: В моче обнаружен хорионический гонадотропин. На УЗИ в полости матки плодного яйца не обнаружено. В ампулярном отделе трубы имеется ретрообразное утолщение, с неоднородной структурой.

Диагноз. План обследования. Оцените анамнестические данные. Разработайте план лечения

**Эталон ответа**

Прогрессирующая внематочная беременность.

Оперативное лечение.

**Задача № 5**

Больная 31 года обратилась по поводу схваткообразных болей в низу живота и мажущихся кровянистых выделений из половых путей, появившихся после задержки менструаций на 14 дней. Проведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. В соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.

Диагноз. Обследование. Разработайте план лечения

**Эталон ответа**

Полный самопроизвольный выкидыш. Нельзя исключить прогрессирующую внематочную беременность.

УЗИ гениталий. Определение ХГЧ крови в динамике. Наблюдение.

Утеротоническая, антибактериальная и противовоспалительная терапия.

При подтверждении внематочной беременности – оперативное лечение. При исключении - регуляция менструального цикла оральными контрацептивами.

**Тема 26. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.**

**Задача № 1**

Больная, 19 лет, оперирована по поводу разлитого перитонита. Во время операции обнаружены увеличенные гиперемированные маточные трубы с гноетечением из ампулярных отделов.

Обоснуйте объем операции. Назначьте медикаментозное лечение. Показания к физиотерапии в период реабилитации

**Эталон ответа** Гнойный двухсторонний сальпингит.

Промыть трубы р-ром антисептика. Санация и дренирование брюшной полости.

Антибактериальная и противовоспалительная терапия в послеоперационном периоде. Физиотерапия показана.

**Задача № 2**

У больной 29 лет при наличии ВМС в течение 7 лет после 2-х нормальных родов, боли в низу живота и в пояснице, повышенная температура до 39,0, с ознобом, рвотой. При пальпации живот в нижних отделах несколько напряжен, болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Диагностировано образование в области придатков матки без четких контуров размером 8x6 см, болезненное, ограничено подвижное. Из наружного зева - слизисто-гнойное отделяемое, виден усик ВМС.

Оцените анамнестические данные.

Диагноз, обоснование диагноза. Обследование, лечебные мероприятия. Оказание специализированной помощи.

**Эталон ответа** Двухсторонний тубоовариальный абсцесс.

Удаление ВМС. Обследование на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная терапия. При отсутствии эффекта – оперативное лечение. Лечение в условиях специализированного гинекологического отделения.

### **Задача № 3**

Бригадой «Скорой помощи» в гинекологическое отделение доставлена женщина с жалобами на резкие боли в низу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: страдает двусторонним хроническим аднекситом с частыми обострениями. Беременностей 8, родов 3, аборт 4, выкидыш 1. Живот болезненный в нижних отделах, симптом Щёткина положительный над лоном. При осмотре матка несколько больше нормы, справа и слева придатки пальпируются в виде конгломератов 4х5х5 см и 5х6х6 см в спайках, резко болезненные при пальпации. Выделения - кровянистые, умеренные (4 день месячных).

Оцените анамнестические данные.

Предполагаемый диагноз, дополнительное обследование. Оказание специализированной помощи. Лечение.

**Эталон ответа** Острый двухсторонний сальпингоофорит. Пельвеоперитонит..

Обследования на ЗППП. УЗИ гениталий.

Антибактериальная, противовоспалительная терапия. Лечение в условиях специализированного гинекологического отделения.

### **Задача № 4**

Больная 27 лет обратилась на прием с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышенную температуру, неловкость при ходьбе в течение 4-х дней. Связывает с работой на сельскохозяйственном участке. В анамнезе 2 родов, 1 аборт. Объективно: в нижней трети правой большой половой губы определяется образование размером 5х4 см, кожа над ним гиперемирована, при пальпации флюктуация и резкая болезненность.

Диагноз, его обоснование. Тактика врача. Показания к физиотерапевтическому лечению.

**Эталон ответа**

Абсцесс правой бартолиновой железы.

Вскрытие абсцесса, дренирование. Антибактериальная терапия. Физиолечение показано (УВЧ, электрофорез на промежность).

## **Тема 27. Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.**

### **Задача № 1**

Больной 27 лет, поступила с жалобами на зуд, раздражение наружных половых органов, бели. Отмечается нарушение жирового обмена, жажда, повышенный аппетит. При осмотре зеркалами обнаружена гиперемия наружных половых органов, влагиалища.

Диагноз, план и методы обследования.

**Эталон ответа**

Острый Вульвовагинит

Взятие мазка на степень чистоты, на ЗППП. Кровь на сахар.

Противовоспалительная терапия.

### **Задача № 2**

Больная 30 лет, страдает нарушением менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Беспокоят ноющие боли в низу живота и в пояснице в течение многих лет, бесплодие - в браке 6 лет. При осмотре пониженного питания, бледная, матка небольшая, придатки утолщены, в спайках, чувствительны. Выделения слизистые.

Обоснуйте диагноз. План обследования и лечения.

**Эталон ответа**

Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

Посев менструальной крови на БК. УЗИ гениталий. Диоскин тест. Консультация физиогинеколога. Специфическое лечение.

### **Задача № 3**

Больной 33 года, в анамнезе: 5 лет страдает воспалительными заболеваниями придатков матки с частыми обострениями( до 5-6 раз в год), лечилась неоднократно амбулаторно. При осмотре придатки утолщены, неподвижны, уплотнены, безболезненны.

Проведите полное физикальное обследование больной. Опишите возможное состояние органов брюшной полости при данной патологии. Обоснуйте план обследования.

#### **Эталон ответа**

Возможна болезненность при пальпации в гипогастральной области. Хронический двухсторонний аднексит. Нельзя исключить туберкулез гениталий.

Посев менструальной крови на БК. УЗИ гениталий. Консультация фтизиогинеколога.

Специфическое лечение. Санаторно-курортное и физиотерапевтическое лечение.

### **Задача № 4**

Больной 20 лет, не замужем, не имеет постоянного партнера. Поступила с жалобами на зуд, раздражение половых органов и бели. При осмотре зеркалами обнаружена гиперемия стенок влагалища и явления эндоцервицита. Бели пенистые, серо-зеленого цвета. Матка и придатки не увеличены, безболезненные.

Проведите полное физикальное обследование больной. Опишите возможное состояние органов брюшной полости при данной патологии. Обоснуйте предполагаемый диагноз и дальнейшие действия.

#### **Эталон ответа**

Органы брюшной полости без патологии. Вагинит. Возможно специфической этиологии.

Мазок на степень чистоты, ИППП.

Специфическое противовоспалительное лечение.

## **Тема 28 Миома матки. Эндометриоз.**

### **Задача № 1**

В гинекологическое отделение поступила женщина 45 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: страдает миомой матки в течение 5 лет. Менструации последний год длительные, более обильные. При осмотре матка плотная, увеличенная до 6-7 недель беременности. Цервикальный канал приоткрыт, из маточного зева выступает плотное образование ярко-красного цвета. Кровянистые выделения умеренные.

Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

#### **Эталон ответа**

УЗИ органов малого таза. Зондирование матки. Гистероскопия. Гистеросальпингография. МРТ органов малого таза.

### **Задача № 2**

Бригадой "скорой помощи" в гинекологическое отделение доставлена женщина 40 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. 5 дней назад началась очередная менструация, которая приобрела профузный характер. Стоит на учете в женской консультации с диагнозом миома матки. Менструации с 14 лет, последние 5 лет очень обильные и болезненные, по поводу чего неоднократно производилось диагностическое выскабливание. Родов 4, аборт 2, выкидышей 1. Консервативно не лечилась. При осмотре бледность кожных покровов, тахикардия 90 уд/мин. Матка бугристая, увеличена до 7-8 недель, умеренно болезненная при пальпации. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, обильные.

Диагноз. Разработайте план лечения. Тактика врача.

#### **Эталон ответа**

Миома матки с субмукозной локализацией узла. Аномальное маточное кровотечение. Анемия.

УЗИ гениталий. Диагностическое выскабливание.

Гистерорезектоскопия и удаление миоматозного узла. Удаление матки.

### **Задача № 3**

В женскую консультацию обратилась женщина 30 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения (ржавого цвета) за 5 дней до и в течение 7 дней после менструации. Болей нет. Из анамнеза 2 родов, 3 искусственных аборта. Эрозированный эктропион матки.

Диатермоэлектрокоагуляция шейки матки 4 месяца назад (произведена после очередной менструации). При осмотре на шейке матки по 9 и 12 часам – очаги красно-бордового цвета. Матка и придатки без особенностей.

Диагноз. Методы обследования больной.

**Эталон ответа**

Эндометриоз шейки матки.

Кольпоскопия. Гистероскопия. Мазки на онкоцитологию и ВПЧ. Биопсия шейки матки.

Коагуляция эндометриоидных очагов.

**Задача № 4**

К семейному врачу (участковому терапевту) обратилась женщина 42 лет с жалобами на одышку, кашель с мокротой, содержащей кровь, чувство тяжести за грудиной и боль под правой лопаткой при дыхании, чувство общего недомогания. Клиническая симптоматика появилась за 3 дня до очередной менструации, прогрессивно нарастала в течение 5 суток. В анамнезе менархе с 11 лет, установились через 1,5 года. Менструации через 28 дней по 7-8 дней обильные, болезненные. Родов 3, аборт 6. При консультации гинеколога матка шаровидной формы, увеличена до 6 недель беременности, умеренно болезненная при пальпации. Придатки без особенностей. Выделения кровянистые, обильные (2 день менструации).

Диагноз. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

**Эталон ответа**

Эндометриоз легких. Диф. диагноз с туберкулезом, раком легких.

Микроскопия мокроты. Общеклиническое обследование. Обследование на БК. Рентген и КТ органов грудной клетки. УЗИ органов малого таза.

**Задача № 5**

Женщина 28 лет обратилась в консультацию "Семья и брак" с жалобами на привычное невынашивание. В анамнезе 3 выкидыша в сроке 10-12 недель. При обследовании обнаружен единичный миоматозный узел d=7 см в области дна матки. Другой патологии не выявлено.

Диагноз. Разработайте план лечения.

**Эталон ответа**

Миома матки. Привычное невынашивание.

УЗИ гениталий. Гистероскопия.

Лапароскопическая миомэктомия. Реабилитация. Планирование беременности.

**Задача 6**

Пациентка 33 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в низу живота. После осмотра поставлен диагноз: Беременность 10 недель. Угроза прерывания беременности. Субсерозная миома матки (6 тип узла, размер узла 2 см.). Напишите лист назначений данной пациентке. Показания к прерыванию беременности.

**Эталон ответа**

Гестагены, спазмолитики.

Показания к прерыванию беременности – нет.

**Тема 29. Опухоли яичников.**

**Задача № 1**

Больная 52 лет. Менопауза 2 года. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родов - 4, искусственных абортов - 3. Гинекологическое исследование: половые органы развиты правильно. Шейка матки без нарушения эпителиального покрова. Выделения кровянистые, умеренные. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки без особенностей. Слева в области придатков определяется плотное подвижное, безболезненное образование размером 6х6 см. Своды влагалища глубокие. Параметрии не инфильтрированы. Результаты морфологического исследования эндометрия - железисто-кистозная гиперплазия.

Предварительный диагноз? Разработайте план лечения..

**Эталон ответа**

Опухоль яичника. Гиперпластический процесс эндометрия.

Общеклиническое обследование. УЗИ малого таза. ФГДС, колоноскопия. Опухолевые маркеры.

Оперативное лечение. Ампутиация/экстирпация матки с придатками. Удаление сальника.

### **Задача № 2**

У больной 42 лет за последние 2 года прекратились менструации, появились патологическое оволосение на груди, вокруг сосков молочных желез, на передней линии живота, в области наружных половых органов, бедер и нижних конечностей, выпадение волос, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании матка небольших размеров, плотная, безболезненная. В области придатков справа имеется опухоль плотной консистенции, подвижна, безболезненна, размером 8x7 см. Слева придатки не определяются.

Предварительный диагноз? Дополнительное обследование. Проведите дифференциальную диагностику.

#### **Эталон ответа**

Андрогенпродуцирующая опухоль. Андробластома

Общеклиническое обследование. УЗИ гениталий. КТ надпочечников. Гормональный профиль крови. Оперативное лечение. Ампутиация/экстирпация матки с придатками, резекция сальника.

### **Задача № 3**

Больная 35 лет. Жалобы на боли в низу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. - усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним - определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое до 8 см в диаметре.

Диагноз? Разработайте план лечения

#### **Эталон ответа**

Параовариальная киста справа. Тактика – лапароскопическое вылушивание кисты.

### **Задача № 4**

Больная 32 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов и мочеиспускание. Боли режущего характера, начались ночью. Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад, пришла в срок. Беременностей - 2, окончились срочными родами. Из объективных данных обращает внимание учащение пульса до 110/мин, повышение температуры до 37,5 С, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено, что влагалище рожавшей, шейка плотная цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anterversio-flexio, несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли, 10x12 см, тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.

Диагноз. Методы исследования. Тактика ведения. Проведите дифференциальную диагностику с внематочной беременностью и апоплексией яичника..

#### **Эталон ответа**

Д-з: Опухоль яичника (цистаденома?). Перекрут ножки опухоли? Разрыв опухоли? Внематочная беременность? Тактика – общие анализы крови (cito группа крови, резус), кольпоцентез, УЗИ, экстренная предоперационная подготовка, операция – лапаротомия, овариэктомия с одной стороны при явно доброкачественном процессе. Обязателен осмотр второго яичника на наличие в нем патологии, наличие сращений опухоли с соседними органами, по возможности провести срочное гистологическое исследование интраоперационно. При подозрении на злокачественность – экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника.

## **Тема 30. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки.**

### **Задача № 1**



У больной, 27 лет, после диатермокоагуляции по поводу эндоцервикоза обнаружено изменение поверхностного покрова влажной порции шейки матки в виде красных очагов.

Оцените анамнестические данные. План ведения. Цель. Обоснуйте. Показания к физиотерапевтическому лечению.

**Эталон ответа**

Посткоагуляционный синдром. Эндометриоз шейки матки. Кольпоскопия. Взятие мазка на онкоцитологию. Биопсия шейки матки по показаниям. .

Тактика зависит от заключения обследования. Физиолечение не показано.

**Задача № 2**

Больная, 54 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения, появившиеся 3 месяца назад. Менопауза 3года.

Оцените анамнестические данные. .Возможный диагноз. Дополнительное обследование.

**Эталон ответа**

Рак шейки матки.

Мазки на онкоцитологию. Кольпоскопия. Диагностическое выскабливание с биопсией шейки матки.

Тактика зависит от полученных результатов обследования.

**Задача № 3**

В поликлинику обратилась больная, 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам, "грызущего" характера. Мочеиспускание также сопровождается болями, акт дефекации затруднен, в моче и кале кровь. Больна больше года, к врачу не обращалась. При исследовании гинекологом: влажище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Стенки влажища инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный. Слизистая прямой кишки неподвижна, на пальце - кровь при исследовании. Диагноз. Тактика врача в соответствии с клиническими протоколами.

**Эталон ответа**

Рак шейки матки 4 ст.

Биопсия шейки матки для подтверждения диагноза. Консультация онколога. Ректороманоскопия, цистоскопия, УЗИ, МРТ органов малого таза и брюшной полости. Лучевая терапия.

**Задача № 4**

У женщины инвазивный плоскоклеточный рак шейки матки, распространяющийся на нижнюю треть влажища. При исследовании, направленном на выявление метастазов, выявлен правосторонний гидронефроз.

Какая стадия рака соответствует данной клинике? Диагностическая и лечебная тактика врача в соответствии с клиническими протоколами

**Эталон ответа**

Рак шейки матки 4 ст.

Консультация онкогинеколога. Консультация онколога. Ректороманоскопия, цистоскопия, УЗИ, МРТ органов малого таза и брюшной полости

Сочетанно- лучевая терапия. Нефростома.

**Задача № 5**

У больной 25 лет при осмотре в женской консультации обнаружено изменение покрова вокруг наружного зева шейки матки (имеется гиперемия, бархатистая поверхность). При дотрагивании кровотечения нет.

Предполагаемый диагноз? Диагностические и инструментальные методы для установления диагноза.

**Эталон ответа**

Эктопия шейки матки.

Кольпоскопия. Мазок на онкоцитологию и ВПЧ. В случае эктопии – наблюдение. По показаниям - выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки.

**Тема 31. Фоновые, предраковые заболевания и рак эндометрия.**

### **Задача № 1**

Больная, 45 лет, поступила с дисфункциональным маточным кровотечением. При диагностическом выскабливании эндометрия обнаружена простая гиперплазия эндометрия. Укажите лечебную тактику врача в соответствии с клиническими протоколами.

#### **Эталон ответа**

Гестагены или ВМС с ЛНГ

### **Задача № 2**

Больная, 27 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, одышку, сердцебиение, кашель. В анамнезе нормальные срочные роды и искусственный аборт, три месяца назад произошел самопроизвольный аборт с последующим выскабливанием полости матки, после чего в течение 2 недель продолжались темные кровянистые выделения. Через 2 месяца вновь обнаружена беременность 7 недель и проведено выскабливание полости матки, но в соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Спустя неделю после выскабливания стенок матки у больной появился кашель, одышка. При рентгенологическом исследовании грудной клетки поставили диагноз туберкулеза обоих легких и назначили лечение. Однако состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться: кашель не прекращался, стали беспокоить боли, ноющие внизу живота, и скудные, темные кровяные выделения из половых путей.

Оцените жалобы и анамнестические данные. Обоснуйте предварительный диагноз и Ваши действия. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза?

#### **Эталон ответа**

Хорионэпителиома.

Кровь на хориогонический гонадотропин. КТ или Рентген легких. Консультация онколога.

Лечение метатрексатом.

### **Задача № 3**

Данные раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки, проведенным в связи с кровотечением в постменопаузе 51-летней женщине: ДЛИНА ПОЛОСТИ матки 7 см, в эндоцервикальном соскобе патологии не выявлено, при исследовании ткани эндометрия обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома. Метастазов нет.

План лечения пациентки в соответствии с клиническими протоколами.

#### **Эталон ответа**

Рак эндометрия.

Общеклиническое обследование. Исследование соседних с маткой органов.

Консультация онкогинеколога .

Экстирпация матки с придатками.

### **Задача № 4**

47-летняя женщина предъявляет жалобы на менометроррагию. По её словам такие кровотечения начались 18 месяцев назад. При медосмотре индекс массы тела 33,1, АД 140 и 95 мм. рт. ст. Размеры матки в пределах нормы.

Оцените жалобы и анамнестические данные. Укажите факторы риска. Какие диагностические инструментальные методы нужны для постановки диагноза? Тактика врача.

#### **Эталон ответа**

Аномальное маточное кровотечение. Нельзя исключить рак эндометрия. Факторы риска-метаболический синдром.

УЗИ органов малого таза. Аспират из полости матки. Гормонотерапия при гиперплазии эндометрия. При атипической гиперплазии и раке эндометрия – консультация онколога.

## **Тема 32. Острый живот в гинекологии.**

### **Задача1**

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не

вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная. Оцените стояние пациентки. Диагноз? План ведения, лабораторное обследование?

**Эталон ответа**

Диагноз: Апоплексия левого яичника.

План ведения: Исследования: а) клинический анализ крови, б) коагулограмма, в) ЭКГ, г) группа крови, Rh фактор. УЗИ - при обнаружении жидкости в дугласовом пространстве меньше 100 мл и отсутствии образования, исходящего из левого яичника, ведение консервативное (спазмолитики), контрольное УЗИ. При обнаружении при УЗИ больше 100 мл жидкости – лапароскопия. Кольпоцентез для определения характера перитонеальной жидкости.

**Задача 2**

Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли в низу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 уд/мин., АД 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастриальной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет. Оцените стояние пациентки. Диагноз? План ведения, лабораторное обследование? Лечебные мероприятия

**Эталон ответа**

Клиника геморрагического шока. Исследования: а) клинический анализ крови, б) коагулограмма, в) ЭКГ, г) группа крови, Rh фактор.

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок. Тактика: Экстренное оперативное лечение (лапаротомия), удаление маточной трубы. Инфузионная, противошоковая терапия.

**Задача 3**

Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона. Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования? Интерпретация результата гистологического исследования.

**Эталон ответа**

Диагноз: Внематочная беременность. Тактика:

- 1) УЗИ малого таза
- 2) Тест на ХГ
- 3) лапароскопия.

**Задача 4**

Больная 33 лет предъявляет жалобы на боли в низу живота, головокружение, задержку менструации на 2 недели, кратковременную потерю сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 уд/мин., АД 80/50 мм. рт. ст., живот болезненный в нижних отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

**Эталон ответа**

Диагноз: Нарушенная внематочная беременность? Апоплексия яичника? Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок.

Тактика:

Срочное оперативное лечение. Хирургический гемостаз. Противошоковые мероприятия.

### Задача 5

Больная 25 лет, менструальная функция не нарушена. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена «скорой помощью» с жалобами на резкие боли в низу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная,  $L - 6,2 \times 10^9$ . при двуручном исследовании - влагиалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые. Оцените состояние больной. Диагноз? Тактика ведения.

#### Эталон ответа

Диагноз: Перекрут или угроза разрыва кисты правого яичника.

Тактика ведения: Общеклиническое обследование, УЗИ малого таза, при необходимости -пункция брюшной полости через задний свод влагиалища, лапароскопия.

### Тема 33. Типичные гинекологические операции.

#### Задача 1.

Больная 38 лет оперирована по поводу множественной миомы матки с интралигаментарным расположением миоматозного узла. Выполнена экстирпация матки с правыми придатками. К концу первых суток после операции стала жаловаться на боли в поясничной области справа, интенсивность болей нарастает. Состояние средней тяжести. Пульс – 96 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Температура 39°C. Язык суховатый, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует. При пальпации отмечается выраженная болезненность в гипогастральной области, больше справа, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая. С-м Пастернацкого положительный справа. Диурез 400 мл. Моча концентрированная.

**Эталон ответа.** Тактика врача (разработка плана лечения) . Лабораторное обследование

Ответ. Перевязка правого мочеточника. Обследование ,(УЗИ органов брюшнoц полости, почек, внутривенная урография, Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий.). Нефростома справа.

#### Задача 2

Женщина 78 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли в низу живота, ощущение «инородного тела» во влагиалище и затрудненное мочеиспускание, недержание газов.

Из анамнеза: Менопауза в 51 год.. Было 6 беременностей, три из которых закончились срочными родами. Вес детей 3900 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влагиалища и промежности. Три беременности закончились искусственным абортом, в сроках 7 – 9 недель, без осложнений.

В течение последних 5-и лет стали беспокоить тянущие боли в низу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влагиалище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы без физической нагрузки за пределы половой щели выступает шейка матки.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Периодическое недержание газов. Мочеиспускание затруднено, безболезненное.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка и тело матки полностью выходят за пределы половой щели. Определяются выпавшие передняя и задняя стенки влагиалища.

В зеркалах: (после вправления тела матки) слизистая влагиалища розовая. Выделения слизистые, незначительные.

Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Сводь свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Дополнительные методы обследования. Разработка плана лечения. Ход предполагаемой операции.

**Эталон ответа** 1. Диагноз: полное выпадение матки. 2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря . 3. учитывая возраст женщины, рекомендуется оперативное лечение. Операциями выбора могут быть: влагалищная экстирпация матки с кольпоперинеолеваторопластикой, пластикой мочевого пузыря и прямой кишки; или, при отсутствии половой жизни, операция влагалищной облитерации (по Лефору). При операции Лефора необходимо отсутствие патологии шейки матки и эндометрия.

### **Задача 3.**

Женщина 58 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза: менструальный цикл был не нарушен. Менопауза в 51 год. Половая жизнь с 21 года, в браке. Было 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Вес детей 3900 гр, 4350 гр, 4500 гр. После всех родов имели место разрывы шейки матки, влагалища и промежности. В течение последних 3-х лет стали беспокоить тянущие боли внизу живота, позже появилось ощущение «инородного тела» во влагалище и затрудненное мочеиспускание. В последние месяцы отмечает нарастание данных симптомов. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps 72 удара в минуту, удовлетворительных свойств. АД = 125/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Живот мягкий безболезненный при пальпации, без симптомов раздражения брюшины. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание затруднено, безболезненное. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области половой щели находится шейка матки, слизистая которой не изменена. При натуживании шейка матки полностью выходит за пределы половой щели, тело матки при этом не визуализируется. Определяется выпавшая передняя стенка влагалища. В зеркалах: (после вправления шейки матки) слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, незначительные. Бимануально: матка в правильном положении, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки отдельно не определяются, область их безболезненная при пальпации. Своды свободные, параметральная клетчатка мягкая.

Ваш диагноз. Разработка плана лечения. Тактика ведения (лабораторное обследование и этапы операции).

**Эталон ответа:** 1. Диагноз: Неполное выпадение матки. Опушение передней стенки влагалища. Цистоцеле. 2. Дополнительные методы обследования. Учитывая необходимость оперативного лечения, необходимо провести: Анализ крови на группу и резус фактор, Анализ крови на RW, ВИЧ, HBsAg. Анализ крови клинический, тромбоциты, свертываемость, гематокрит. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, печеночные пробы), ПТИ, глюкоза. Анализ мочи общий. Мазки на гонококк и флору. Мазок на онкоцитологию шейки матки. УЗИ органов малого таза. УЗИ почек и мочевого пузыря . 3. Лечение: в данном случае, учитывая молодой возраст женщины, отсутствие элонгации шейки матки, рекомендуется оперативное лечение в объеме: передняя и задняя кольпорафия с устранением цистоцеле и перинеолеваторопластикой.

## **ТЕМА 34. Бесплодный брак. Алгоритм обследования супружеской пары. Планирование беременности. Контрацепция.**

### **Задача 1.**

Девушка 19 лет обратилась к врачу женской консультации с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности, в браке не состоит, имеет постоянного полового партнёра. Менархе с 12,5 лет, установились сразу, по 4–5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Рост 168 см, масса тела 57 кг. Соматически здорова, гинекологический статус в пределах нормы. Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке? В каком дополнительном обследовании нуждается пациентка? Обоснуйте назначение.

**Эталон ответа** Гормональная контрацепция. Обследование в соответствии с критериями ВОЗ.

**Задача 2.**

Девушка 18 лет обратилась к гинекологу с просьбой подобрать ей надёжный способ предохранения от беременности. Менархе с 16 лет, по 7–9 дней, обильные, через 26–45 дней.

В анамнезе одна беременность, которая закончилась медабортом по желанию пациентки. Рост 168 см, масса тела 96 кг. Гинекологический статус в пределах нормы. Соматически считает себя здоровой.

Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке? Обоснуйте назначение.

**Эталон ответа** Учитывая данные анамнеза, массу тела пациентки, ей необходимо предложить обследование, для исключения скрытого латентного сахарного диабета. При исключении противопоказаний возможно назначение гормональной контрацепции

**Задача 3.**

В женскую консультацию обратилась 28-летняя замужняя женщина, имеющая одного полового партнера, с просьбой подобрать метод контрацепции. Половая жизнь регулярная. Менструальная функция не нарушена. Имеет одного ребенка. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете по поводу хронического тромбоза нижних конечностей. Гинекологический статус без особенностей. Какую контрацепцию лучше применить этой пациентке? Обоснуйте назначение

**Эталон ответа:** ВМС, барьерная контрацепция.

**Задача 4.**

Большая Я., 28 лет обратилась с жалобами на редкие менструации, через 2-4 месяца, первичное бесплодие в течение 10 лет, прогрессирующее ожирение и гирсутизм. Менархе с 12,5 лет, менструации всегда были нерегулярные, редкие и обильные. Гинекологические заболевания отрицает. Увеличение массы тела отмечает с 16 лет. Базальная температура монофазная, ЛГ – 14,5 МЕ/л, ФСГ – 5,8 МЕ/л на фоне аменореи. Проба с гестагенами положительная.

Диагноз. Тактика ведения. Направление пациентки на консультацию

**Эталон ответа** Первичное бесплодие. СПКЯ. Обследование (гормональный профиль, консультация эндокринолога, репродуктолога, спермограмма мужа). Стимуляция овуляции после проверки проходимости маточных труб. Лапароскопия. ВРТ.

**Задача 5.** Ошибка! Закладка не определена.

Через 3 месяца после введения ВМС пациентка 30 лет обратилась к врачу-гинекологу с жалобами на непостоянные ноющие боли в низу живота и обильные менструации. Впервые болевой симптом появился через 2 дня после введения ВМС. Бимануальное исследование и осмотр с помощью влагалищного зеркала: матка и маточные придатки не увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Шейка матки без нарушения эпителия, видны нити ВМС. Выделения слизистые, в небольшом количестве.

1. Поставьте диагноз 2. Ваша тактика. 3. Оцените эффективность и безопасность контрацепции в данном случае

**Эталон ответа** Обострение хронического сальпингоофорита, метроэндометрита. Частичная экспульсия ВМС? Обследование (УЗИ органов малого таза, противовоспалительное лечение). Удаление ВМС. Подбор другого метода контрацепции.

**Задача 6.**

В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобой на отсутствие беременности в течение 4 лет. Первая беременность окончилась аборт. Менструальный цикл не нарушен. В анамнезе хроническая урогенитальная инфекция (хламидиоз). Гинекологическое исследование: влагалище нерожавшей женщины, матка нормальных размеров, в правильном положении, подвижна, безболезненна. Придатки матки уплотнены с обеих сторон, ограничены в подвижности, умеренно болезненны. Шейка матки без нарушения эпителия, бели слизистые, прозрачные.

Поставьте диагноз. Методы обследования и лечения. Направление пациентки на консультацию. Показания к санаторно-курортному лечению.

**Эталон ответа** Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор. УЗИ органов малого таза, гистеросальпингография. Лапароскопия, пластика маточных труб. Консультация репродуктолога для решения вопроса о ВРТ. Показания к санаторно-курортному лечению – да.

#### **Задача 7.**

В женскую консультацию обратилась женщина 40 лет, которая с целью контрацепции хотела бы использовать ВМС. Жалоб не предъявляет. Анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней по 7-8 дней, регулярные, обильные, безболезненные. половая жизнь с 20 лет, в браке, беременностей было 6, из них: 3 срочных родов, 3 искусственных аборта в сроке 6 – 8 недель. От беременности предохраняется прерванным половым актом или презервативом. Из гинекологических заболеваний отмечает – диатермокоагуляция шейки матки в 30 лет, воспалительные заболевания придатков и тела матки отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розовые. АД = 120/75 мм. рт. ст. Ps 70 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: влажная часть шейки матки цилиндрической формы, слизистая не изменена, наружный зев щелевидный, закрыт, выделения белые, умеренные, без запаха. Бимануально: тело матки не увеличено, ограничено подвижное, плотное, безболезненное при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, область их при пальпации безболезненная, своды глубокие.

1. Какой необходимый минимум обследования нужно пройти перед введением ВМС.
2. Возможно ли использование данной пациенткой ВМС, как метод контрацепции. Противопоказания к использованию ВМС.
3. Преимущества и недостатки данного метода контрацепции.
4. Альтернативный метод контрацепции в данной ситуации.

**Эталон ответа** 1. Минимум обследования перед введением ВМС ( Анализ крови клинический, Анализ мочи общий, Мазок на флору, Мазок на онкоцитологию, Ультразвуковое исследование органов малого таза). 2. Уточнить причину обильных менструаций ( возможно введение ВМС с ЛНГ- мирена). Срок использования мирены составляет 5 лет. Механизм действия основан на сочетании механизмов действия ВМК и левоноргестрела, за счёт которых: подавляется функциональная активность эндометрия; происходит изменение физико-химических свойств цервикальной слизи; уменьшается подвижность сперматозоидов. Мирену рекомендуют женщинам различных возрастных групп, имеющих одного полового партнёра и нуждающихся в длительной и надёжной контрацепции. Особенно показана женщинам с обильными и болезненными менструациями 3. Преимущества – надёжная контрацепция, недостатки - хронический эндометрит, сальпингофорит (повышение риска развития), экспульсия. 4. Альтернативные методы контрацепции: добровольная стерилизация - двухсторонняя окклюзия маточных труб лапароскопическим способом. При отсутствии противопоказаний можно рекомендовать комбинированные гормональные контрацептивы (для некурящих) или «чистые» гестагены.

#### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен.**

##### **Вопросы к экзамену (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10,ПК-12):**

1. Таз с акушерской точки зрения (размеры, плоскости).
2. Методы обследования беременных и рожениц. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
3. Женская консультация, её задачи и методы работы. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов. Влияние агрессивных факторов внешней среды на плод.
4. Первый период родов. Клиника и ведение его. Методы обезболивания родов
5. Второй период родов. Клиника, ведение его. Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Ведение родов. Акушерское пособие.
6. Последовый период. Ведение. Признаки отделения последа
7. Клиника и ведение послеродового периода.
8. Физиология периода новорожденности. Критерии зрелости новорожденного. Анатомо-физиологические особенности.
9. Первичная слабость родовой деятельности. Диагностика, ведение родов. Вторичная слабость родовой деятельности.
10. Дискоординация родовой деятельности.

11. Узкий таз, формы и степени сужения. Клинически узкий таз.
12. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Аномалии прикрепления плаценты. Акушерская тактика.
13. Акушерский травматизм (разрывы шейки матки, влагалища, промежности). Разрывы матки (классификация, диагностика, лечение).
14. Преждевременные роды.
15. Переносимая беременность. Диагностика, течение, ведение.
16. Ведение беременности и родов при резус-конflikте.
17. Послеродовые инфекционные заболевания (классификация, особенности течения).
18. Предлежание плаценты (этиология, классификация, диагностика, клиника, лечение).
19. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Акушерская тактика.
20. Острая и хроническая гипоксия плода. Основные причины, лечение.
21. Ранний токсикоз беременных
22. Преэклампсия. Клиника, диагностика, лечение.
23. Эклампсия. Возможные осложнения, особенности терапии..
24. Операция наложения выходных акушерских щипцов (показания, условия, техника наложения).
25. Кесарево сечение. Показания, условия, техника операции.
26. Менструальный цикл и его регуляция.
27. Методы исследования гинекологических больных.
28. Нарушения менструально-овариального цикла. Этиология и патогенез  
Классификация
29. Аномальные маточные кровотечения в гинекологической практике
30. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии (климактерический, посткастрационный, предменструальный, вирильный, поликистозные яичники).
31. Пороки развития половых органов.
32. Нарушения полового развития. Клинические и гормональные аспекты, диагностика, лечение
33. Неспецифические воспалительные заболевания половых органов. Эндометрит. Сальпингоофорит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика
34. Неправильные положения половых органов. Классификация и характеристика. Причины возникновения. Диагностика и лечение - консервативное, оперативное.
35. Неспецифические воспалительные заболевания половых органов. Пельвиоперитонит, параметрит. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
36. Гонорейная инфекция у женщин. Этиология, распространение гонорейной инфекции. Формы гонореи: (осложненная, неосложненная). Клиника, диагностика, лечение.
37. Кандидоз женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия, профилактика.
38. Туберкулёз женских половых органов. Патогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика, терапия.
39. Острый живот в гинекологии. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, дифференциальная диагностика, оперативное лечение
40. Внематочная беременность. Клиника, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
41. Апоплексия яичника. Клиника, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
42. Трофобластическая болезнь. Пузырный занос, деструктивный пузырный занос, хорионэпителиома. Клиника. Методы диагностики и лечения (химиотерапия, хирургическое).
43. Эндометриоз. Определение понятия. Теории возникновения эндометриоза. Классификация. Клиника генитального эндометриоза (эндометриоз шейки и тела матки, маточных труб, яичников, позадишеечный)). Хирургические и консервативные методы терапии эндометриоза. Реабилитация больных.



44. Миома матки. Современные теории патогенеза миомы матки. Клиника, диагностика, лечение.
45. Миома матки. Консервативные и хирургические методы лечения. Показания к выбору метода лечения. Реабилитационные мероприятия. Саркома матки.
46. Фоновые, предраковые заболевания шейки матки. Классификация, клиника, диагностика и лечение рака шейки матки.
47. Гиперпластические процессы эндометрия (железистая гиперплазия, полипоз, атипическая гиперплазия). Методы лечения в возрастном аспекте. Рак эндометрия, классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
48. Фолликулярные кисты яичников. Клиника экстрагенитального эндометриоза (эндометриоз пупка, послеоперационного рубца и других органов).
49. Опухоли яичников. Гистологическая классификация, клиника, диагностика, лечение. Рак яичников (первичный, вторичный, метастатический), стадии распространения, диагностика, лечение.
50. Бесплодный брак и вопросы планирования семьи. Женское бесплодие, причины, диагностика, методы лечения, профилактика. Мужское бесплодие, основные причины. Характеристика спермограммы, организация и методика обследования бесплодной супружеской пары.

### 3.2. Экзаменационные задачи

#### Задача № 1

В гинекологическое отделение поступила женщина 40 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: страдает миомой матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками. Общее состояние средней тяжести. Бледна, пульс 86 в 1 мин. При осмотре матка плотная, увеличенная до 6-7 недель беременности. Цервикальный канал приоткрыт, из маточного зева выступает плотное образование ярко-красного цвета. Кровянистые выделения обильные.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

#### Эталон ответа.

Миома матки с субмукозной локализацией узла. Рождающийся субмукозный узел.

Менометрорагия. Постгеморрагическая анемия.

Рак шейки матки, аборт в ходу, полип цервикального канала, остроконечная кондилома шейки матки.

Общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор (по cito). Откручивание рождающегося миоматозного узла (при развёрнутой операционной), гистероскопия, выскабливание полости матки (по показаниям). УЗИ, мазок на гонорею и степень чистоты. Гемотрансфузия (по показаниям).

Гормональная терапия: норколут или дюфастон во II фазу цикла на 6-8 мес. Препараты йода, железа, витамины. Радоновые ванны. Лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, соблюдение диеты.

#### Задача № 2

На амбулаторный прием к гинекологу обратилась больная, 29 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 37,7°C, общую слабость, боли внизу живота тянущего характера. В анамнезе страдает псевдоэрозией шейки матки, не лечилась. Половой жизнью живет без предохранения, 3 родов и 7 аборт, последний аборт произведен 8 дней тому назад, выписана на следующий день. Объективно: живот мягкий, несколько болезненный над лоном. С-м Щёткина отрицательный. При влажном исследовании матка увеличена до 6 нед. мягковатой консистенции, подвижная, болезненная при пальпации. Придатки без особенностей. Выделения гнойные.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.
4. Напишите лист назначений этой больной.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.
6. Укажите пути профилактики данной патологии.

#### Эталон ответа.

Гнойный метроэндометрит после мед. аборта. Отягощённый акушерский анамнез. Папиллярная псевдоэрозия шейки матки.

Параметрит, обострение хронического аднексита, пельвиоперитонит, остатки плацентарной ткани после мед. аборта.

Госпитализация в стационар, УЗИ, гистероскопия с аспирацией содержимого полости матки (по показаниям), мазок на гонорею и степень чистоты, общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор.

Антибактериальные препараты, асептические растворы, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, иммунокорректирующая, витамины, утеротонические препараты.

Введение препаратов как внутримышечно, в/венно, перорально, так и в полость матки, в тело матки, в своды влагалища.

Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.). Гормональная контрацепция. Лечение псевдоэрозии шейки матки.

Профилактика искусственных абортов, лечение гинекологических заболеваний и санация очагов хр. инфекции. Избегать переохлаждений. Закаливание организма, соблюдение правил личной и социальной гигиены.

### Задача № 3

Роженице 30 лет, повторнородящая. Поступила в родильное отделение беременностью в тяжёлом состоянии острого малокровия. АД 80/50 мм.рт.ст. Ps140 уд.мин. При исследовании оказалась беременность на 10-м лунном месяце. Схватки редкие, матка напряжена, болезненна. Сердцебиение плода не выслушивается. Кровотечение из наружных половых путей. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки на один палец. Предлежит головка, плацентарной ткани нет.

Диагноз? Что делать?

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

#### Эталон ответа.

Беременность 2, 36 нед. Роды, 1 период. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Интранатальная гибель плода. Геморрагический шок 3 ст.

Дифференциальная диагностика: предлежание плаценты, травматизм мягких тканей родовых путей, разрыв селезенки, разрыв матки.

Тактика: Родоразрешение в экстренном порядке путем операции кесарево сечение. Оценка состояния тканей матки. При инфибрировании ее кровью – удаление матки. Реанимационные мероприятия: инфузия кровозаменителей, коллоидных и кристаллоидных растворов, форменных элементов крови. Оценка свертывающей системы крови, оценка функции жизненно важных органов.

### Задача № 4

У больной 40 лет за последние 2 года прекратились менструации, появились патологическое оволосение на груди, вокруг сосков молочных желез, на передней линии живота, в области наружных половых органов, бедер и нижних конечностей, выпадение волос, огрубение голоса. При гинекологическом исследовании матка небольших размеров, плотная, безболезненная. В области придатков справа имеется опухоль плотной консистенции, подвижна, безболезненна, размером 8x7 см. Слева придатки не определяются.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Представьте обоснованный план обследования.
3. Тактика врача.

#### Эталон ответа.

Андрогенпродуцирующая опухоль правого яичника (андробластома).

УЗИ, пункция через задний свод с исследованием пунктата. Определение опухолевых маркёров в сыворотке крови. Определение тестостерона крови, 17-ОКС и дегидроэпиандростерона сульфата в суточной моче. Рентгенография органов грудной клетки, ФГС, ректороманоскопия, цистоскопия, желательна диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба.

Лапаротомия, удаление матки с придатками, резекция большого сальника. Ревизия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

### Задача № 5

Пациентка, 32 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на сильные боли внизу живота, озноб, тошноту, слабость, повышение температуры. В настоящее время в браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение.

Объективно: Состояние тяжелое, бледна, холодный пот, одышка. Живот резко болезненный, в нижних отделах положительные симптомы раздражения брюшины, свободной жидкости в брюшной полости нет. При влагалищном исследовании матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Выделения гнойные.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

#### Эталон ответа.

Восходящая гонорея. Пельвиоперитонит гонорейной этиологии.

Внематочная беременность, перекрут кисты яичника, апоплексия яичника, острый аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, tuboовариальный абсцесс.

УЗИ, мазок на гонорею и степень чистоты из 3 точек, пункция через задний свод с исследованием пунктата, Влагалищно-брюшностеночное исследование под наркозом. Общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, конс.хирурга (всё обследование по cito). Посев на флору и чувствительность к антибиотикам.

Антибактериальные препараты, асептические растворы, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, ингибиторы протеолитических ферментов, иммунокорректирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины, парентеральное питание. Холод на низ живота.

Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.). Контроль на излеченность гонореи: 3-х кратное обследование в течение 3-х месяцев с использованием провокации.

Избегать случайных половых связей, использование механических методов контрацепции, соблюдение правил личной и социальной гигиены.

### Задача № 6

Больная, 46 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. Последние два года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-4 месяца. 11 дней назад, после задержки менструации на 2,5 мес. началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени.

При осмотре: женщина бледна, тахикардия до 85 уд.в мин., на верхушке выслушивается систолический шум. При влагалищном исследовании матка обычных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки без особенностей. Выделения кровянистые со сгустками.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

#### Эталон ответа.

Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода. Постгеморрагическая анемия.

Злокачественная опухоль шейки или тела матки. Миома матки с субмукозной локализацией узла, эндометриоз тела матки, прервавшаяся беременность.

Хирургический гемостаз с гистологическим исследованием соскоба из полости матки и цервикального канала, УЗИ, Общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, (по cito). Гемотрансфузия (по показаниям).

Сокращающие, кровоостанавливающие препараты. Препараты железа, витамины. Восполнение ОЦК. Антибактериальные препараты.

Торможение менструального цикла (гестагены в непрерывном режиме), препараты йода, радоновые ванны, наблюдение в женской консультации с взятием мазков-аспираатов из полости матки.

### Задача № 7

В женскую консультацию обратилась больная В. 24 лет с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей после задержки месячных на 3 нед. Менархе с 16 лет, менструации нерегулярные, скудные. С периода полового созревания отмечает ожирение 2 степени, рост волос на верхней губе, подбородке, около сосков, на голенях по белой линии живота. Половой жизнью живет с 20 лет регулярно, без предохранения.

При влагалищном исследовании матка гипопластичная, подвижная безболезненная. Справа и слева от матки определяются плотные безболезненные подвижные яичники размером 3х4х3см. Выделения кровянистые, скудные.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите план обследования.
4. Составьте обоснованный план лечения указанной патологии.

**Эталон ответа.**

Нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома. Поликистозные яичники. Бесплодие I.

Нейрообменноэндокринный синдром не связанный с беременностью, адреногенитальный синдром, андрогенпродуцирующая опухоль яичников или надпочечников.

Тесты функциональной диагностики, УЗИ, определение гормонов крови (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, кортизол, тестостерон, ТТГ, Т3, Т4), консультации эндокринолога, окулиста, невропатолога), диэнцефальные пробы, посев менструальной крови на флору и БК, рентгенография или компьютерная томография турецкого седла. Определение 17-ОКС и дегидроэпиандростерона сульфата в суточной моче.

Редукционная диета. Гормональная терапия: диане-35 или эстроген-гестагены в циклическом режиме, верошпирон, диэнцефальная терапия. Физиопроцедуры: электрофорез с медью и цинком по фазам цикла, эндоназальная гальванизация с витаминами гр.В, воротник по Щербаку, электрофорез межзатылочного мозга. При отсутствии беременности в течение 4-6 мес. половой жизни – стимуляция овуляции клостилбегитом (кломифен цитратом), хорионическим, менопаузальным гонадотропином. При отсутствии эффекта – лапароскопия, электрокаутеризация яичников.

**Задача № 8**

В женскую консультацию с целью постановки на учёт обратилась женщина 26 лет. с задержкой менструации на 5 недель. Пациентка провела экспресс-тест на беременность, результат положительный. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Ранее не обследовалась, у гинеколога не лечилась. Жалоб нет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижная, смещение матки безболезненное. Справа в области придатков пальпируется образование 8х4х3 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

**Эталон ответа.**

Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность.

Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, киста или кистоза правого яичника, правосторонний гидросальпинкс.

Срочная госпитализация в стационар. УЗИ (желательно влагалищным датчиком), Определение хорионического гонадотропина крови (при необходимости в динамике). общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор (по cito), мазок на гонорею и степень чистоты. После подтверждения диагноза – лапароскопия, правосторонняя тубэктомия или удаление плодного яйца, сальпингопластика.

Антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, витамины (в ранний послеоперационный период).

Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.). Лечебные гидротубации через 2-4 мес. 2-3 процедуры. Планировать беременность не ранее через год после тщательного обследования включая ГСГ.

Предупреждение воспалительных заболеваний придатков матки, Устранение имеющейся гинекологической патологии. Закаливание организма, соблюдение правил личной и социальной гигиены.

**Задача № 9**

В приёмный покой больницы “скорой помощью” доставлена больная 32 лет с жалобами на озноб, боли по всему животу, повышение температуры до 38 С. Работает продавцом в уличном лотке. В анамнезе бесплодие, двухсторонний аднексит с частыми обострениями. Последнюю неделю беспокоили боли внизу живота тянущего характера, повышение температуры до 37,7 С. Не

лечилась. Сильные боли появились 3 часа назад, после физической нагрузки, интенсивность болей прогрессивно нарастала.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Живот вздут, напряжен во всех отделах, болезнен, с выраженным симптомом Щеткина по всему животу. Язык суховат, пульс 120 ударов в минуту. При влагалищном исследовании смещения шейки резко болезненны, придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Задний свод влагалища уплощен, болезнен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

**Эталон ответа.**

Обострение хронического двустороннего аднексита. Двусторонний tuboовариальный абсцесс с перфорацией. Разлитой перитонит.

Внематочная беременность, перекрут кистомы яичника, апоплексия яичника, острый аппендицит, периаппендикулярный абсцесс.

Подготовка операционной, УЗИ, мазок на гонорею и степень чистоты, общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, конс.хирурга (всё обследование по cito). Операция удаление источника инфекции, санация брюшной полости, дренирование.

Антибактериальные препараты, асептические растворы, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, ингибиторы протеолитических ферментов, иммунокорректирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины, парентеральное питание.

Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, грязи, тепловые процедуры (ч/з 4-6 мес.).

Избегать переохлаждений, учитывать противопоказания для использования ВМС, полноценное лечение очагов хр. инфекции. Закаливание организма, соблюдение правил личной и социальной гигиены.

**Задача № 10**

К семейному врачу (участковому терапевту) обратилась женщина 28 лет с жалобами на одышку, кашель с мокротой, содержащей кровь, чувство тяжести за грудиной и боль под правой лопаткой при дыхании, чувство общего недомогания. Клиническая симптоматика появилась за 3 дня до очередной менструации, прогрессивно нарастала в течение 5 суток. В анамнезе менархе с 11 лет, установились через 1,5 года. Менструации через 28 дней по 7-8 дней обильные, болезненные. Родов 3, аборт 6.

При консультации гинеколога матка шаровидной формы, увеличена до 6 недель беременности, умеренно болезненная при пальпации. Придатки без особенностей. Выделения кровянистые, обильные (2 день менструации).

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите тактику врача.

**Эталон ответа.**

Эндометриоз матки, эндометриоз лёгких.

Туберкулёз легких, хорионэпителиома с метастазами в лёгких.

Взятие мокроты на микроскопическое исследование и посев на флору и БК. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ гениталий в динамике цикла. Общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, конс.фтизиатра.

Гормональные препараты: антигонадотропины (даназол, гестринон) или синтетические прогестины (бисекурин, ригевидон). Возможно назначение чистых гестагенов (дюфастон, норколут). Иммунокорректирующая терапия (тималин, Т-активин и др.). Нестероидные противовоспалительные средства, витамины, биостимулирующая, рассасывающая терапия, физиопроцедуры (электро-, фонофорез).

Своевременное и полноценное лечение воспалительных процессов половых органов, предупреждение оперативных вмешательств на гениталиях или адекватное ведение больных в пред- и послеоперационных периодах, выявление и коррекция нарушений метаболизма половых гормонов и иммунологических изменений в организме, соблюдение режима физической нагрузки у девочек в менструальные дни, при оперативном вмешательстве на шейке матки - медикаментозная задержка очередной менструации синтетическими прогестинами до 30-40 дней или проведение ДЭК шейки матки накануне менструации на фоне приема прогестин в течение 1

мес. до и 3-6 мес. после операции. Избегать переохлаждения, учитывать противопоказания для использования ВМС. Закаливание организма, соблюдение правил личной гигиены.

#### **Задача № 11**

Первобеременная, 38 недель. Доставлена в бессознательном состоянии с часто повторяющимися припадками. Состояние крайне тяжёлое. Температура 37°, пульс 80 уд. в мин, напряжённый. Дыхание затруднено, цианоз. Зрачки расширены. Изо рта отходит пена, окрашенная кровью. АД - 200/120 мм рт. ст., выражены отёки. При катетеризации моча застойная, в небольшом количестве. Окружность живота 105 см, высота дна матки 35 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 120 уд. в мин.

1. Диагноз?

2. Что делать?

#### **Эталон ответа.**

Беременность 1, 38 нед. Преэклампсия тяжелой степени. Status eclampticus.

Тактика: Масочный наркоз. Интубация. Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение. Продленная ИВЛ. Гипотензивная, дегидратационная, противосудорожная терапия. После родоразрешения обследование узких специалистов (окулиста, невропатолога, терапевта и др.) для своевременного выявления и лечения возникших осложнений. Послеродовая реабилитация: санаторно-курортное лечение.

#### **Задача № 12**

На платный прием обратилась больная, 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам, "грызущего" характера. Мочеиспускание болезненное, акт дефекации затруднен, в моче и кале кровь. Больна больше года, к врачу не обращалась.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. При исследовании гинекологом: влагалище укорочено, в куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Стенки влагалища инфильтрированы, в малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный. Слизистая прямой кишки неподвижна, на пальце - кровь при исследовании.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2. Представьте обоснованный план обследования и лечения больной.

#### **Эталон ответа.**

Рак шейки матки эндофитная форма IV стадии с прорастанием в прямую кишку и мочевого пузыря. Кольпоскопия. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, биопсия шейки матки. Ректороманоскопия, цистоскопия, обзорная рентгенография органов грудной клетки. Общий анализ крови, мочи.

Лечение включает симптоматическую терапию. Прогноз – неблагоприятный.

Наблюдение в женской консультации 2 раза в год. Своевременное лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Взятие мазков с шейки матки на атипические клетки 1 раз в год.

#### **Задача № 13**

Больная, 27 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, одышку, сердцебиение, кашель. В анамнезе нормальные срочные роды и искусственный аборт, три месяца назад произошел самопроизвольный аборт с последующим выскабливанием полости матки, после чего в течение 2 недель продолжались темные кровянистые выделения. Через 2 месяца вновь обнаружена беременность 7 недель и проведено выскабливание полости матки, но в соскобе элементов плодного яйца не обнаружено. Спустя неделю после выскабливания полости матки у больной появился кашель, одышка. При рентгенологическом исследовании грудной клетки поставили диагноз туберкулеза обоих легких и назначили лечение. Однако состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться: кашель не прекращался, стали беспокоить боли, ноющие внизу живота, и скудные, темные кровяные выделения из половых путей.

При осмотре состояние больной удовлетворительное, кожный покров бледного оттенка. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. При влагалищном исследовании обнаружен цианоз слизистой оболочки, матка увеличена до 6-7 нед. подвижная, безболезненная. Придатки матки без особенностей. Выделения кровянистые, скудные.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2. Представьте обоснованный план обследования и лечения.

**Эталон ответа.**

Хорионэпителиома матки с метастазами в легкие.

Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Ректороманоскопия, цистоскопия, обзорная рентгенография органов грудной клетки. Общий анализ крови, мочи. Исследование мокроты.

Экстирпация матки без придатков с последующей химиотерапией метотрексатом. Прогноз – относительно благоприятный..

**Задача № 14**

Больная в 44 года поступила в стационар с жалобами на резкие боли в левой подвздошной области с иррадиацией в левое бедро, учащенное мочеиспускание, тошноту, периодическую рвоту в течение последних 6 часов. Из анамнеза: менструация и детородная функция без особенностей. При очередном осмотре у гинеколога 1 месяц тому назад обнаружена опухоль левого яичника размерами 9x8x6 см.

При объективном исследовании температура 37,4; Артериальное давление 140 и 90 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин., ритмичный. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, напряжение мышц живота и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

При влагалищном исследовании: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и сзади в области придатков пальпируется нижний полюс опухоли, ограниченно подвижный, тугоэластической консистенции. Из-за болезненности контуры и размер опухоли установить не удается. Своды влагалища глубокие, выделения скудные, слизистого характера.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика врача.

**Эталон ответа.**

Киста левого яичника с явлениями перекрута.

Обострение хронического левостороннего аднексита, левосторонний tuboовариальный абсцесс, рак левого яичника.

УЗИ, общий анализ крови, мочи, группа крови и резус-фактор (по cito!). Операция лапаротомия удаление опухоли (объём операции решается после cito – исследования удалённого макропрепарата).

**Задача № 15**

В женскую консультацию обратилась больная 28 лет с жалобами на бесплодие (в браке 3 года), периодически возникающие боли внизу живота, скудные, редкие, непродолжительные менструации. В детстве частые ОРВИ, пневмонии, перенесла плеврит, аппендэктомию.

При осмотре пониженного питания, бледна. При влагалищном исследовании матка небольших размеров, придатки утолщены, в спайках, чувствительны при пальпации. Выделения слизистые.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Представьте обоснованный план обследования.
3. Составьте план лечения.

**Эталон ответа.**

Туберкулёз гениталий.

Консультация фтизиатра, проведение туберкулиновых проб. Посев менструальной крови на БК, мазок из цервикального канала на клетки Пирогова-Ланханса. УЗИ, мазок на гонорею и степень чистоты, общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор. Гистеросальпингография.

Рентгенография органов грудной клетки.

Специфические антибактериальные препараты, асептические растворы, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, иммунокорректирующая, дезинтоксикационная терапия, витамины. Лечение в условиях специализированного стационара. Полноценное питание.

Биостимулирующие, рассасывающие препараты, физиопроцедуры, гин. массаж, санаторно-курортное лечение.

Больная нетрудоспособна на весь период лечения и реабилитации.

**Задача № 16**

Повторнородящая, роды срочные, доставлена в акушерский стационар с АД 185/160 мм.рт.ст. Пациентка жалуется на онемение пальцев рук и ног, легкое головокружение и боли в эпигастрии. Сердцебиение плода приглушено, слева ниже пупка, 100 уд. в мин. Положение плода продольное,

позиция 1, вид передний. Головка над входом таза не определяется. При внутреннем исследовании найдено: открытие полное. Головка на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди.

Диагноз? Что делать?

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Тактика врача.

**Эталон ответа.**

Беременность 2, 40 нед. Роды, 2 период. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, головное предлежание. Преэклампсия тяжелой степени. Внутриутробная гипоксия плода.

Тактика: гипотензивные препараты, интенсивная терапия преэклампсии, экстренное родоразрешение с исключением потуг путем наложения выходных акушерских щипцов.

Дальнейшее лечение гестоза и реабилитация.

#### **Задача № 17**

Вы - дежурный врач в центральной районной больнице. Поступает повторнородящая женщина. Околоплодные воды отошли 5 часов назад. Таз: 23-26-28-18 см. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на постоянные боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин, АД 120 и 70 мм рт. ст. Спустя 30 мин схватки прекратились, роженица дремлет. Пульс 130 уд. в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80 и 40 мм рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Кровянистые выделения усилились.

1. Какое осложнение возникло в родах?
2. Какова причина данного осложнения?

Определите тактику, обоснуйте.

**Эталон ответа**

1. Разрыв матки. Гибель плода. Кровотечение. Геморрагический шок.
2. Общеравномерносуженный таз 1 степени. Крупный плод.
3. Лапаротомия. Реанимационные мероприятия. Объем операции решить интраоперационно.

#### **Задача № 18**

Вы дежурный врач клинической больницы. Первобеременная 23 лет, при сроке беременности 35-36 недель, поступила с жалобами на головную боль. При поступлении АД 170/120 мм рт. ст, отеки на нижних конечностях, моча при кипячении свернулась. Матка в обычном тонусе, предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

1. Что следует предпринять в первую очередь?
2. О каком осложнении может идти речь?
3. Какова ваша тактика?

**Эталон ответа**

1. Дать наркоз.
2. Преэклампсия тяжелой степени.
3. Комплексная терапия в условиях отделения интенсивной терапии в течение 4-6 ч.

#### **Задача № 19**

Вы работаете в родильном отделении многопрофильной больницы. У многорожавшей женщины час тому назад самостоятельно выделился послед, при осмотре цел. Внезапно усилилось кровотечение. Родильница жалуется на головокружение, общую слабость. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 110 уд. в мин, ритмичный, слабого наполнения. Объективно: матка мягкая, дно её на уровне пупка. Из половых путей обильное кровотечение, со сгустками.

1. Поставьте диагноз осложнения, обоснуйте
2. Какова предполагаемая величина кровопотери по шок-индексу Альговера?
3. Определите тактику, обоснуйте

**Эталон ответа**

1. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
2. 1000,0 - 1200,0 мл (ШИ = 1,2-1,5)
3. Ручное обследование полости матки, утеротонические препараты, гемотранфузия

#### **Задача № 20**

Вы - акушер-гинеколог родильного отделения. У повторнородящей через 10 мин после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря достигла 200 мл и продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

1. Какое осложнение возникло в родах?



2. Определите тактику, обоснуйте.

Эталон ответа

1. Аномалия прикрепления последа (плотное прикрепление или приращение плаценты). Кровотечение.

2. Необходимо под общим обезболиванием провести ручное отделение плаценты и выделение последа.

#### Задача № 21

Вы - дежурный врач в центральной районной больнице. Поступает повторнородящая женщина. Околоплодные воды отошли 5 часов назад. Таз: 23-26-28-18 см. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на постоянные боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин, АД 120 и 70 мм рт ст. Спустя 30 мин схватки прекратились, роженица дремлет. Пульс 130 уд. в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80 и 40 мм рт ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Кровянистые выделения усилились.

1. Какое осложнение возникло в родах?

2. Какова причина данного осложнения?

3. Определите тактику, обоснуйте.

Эталон ответа

1. Разрыв матки. Гибель плода. Кровотечение. Геморрагический шок.

2. Общеравномерносуженный таз 1 степени. Крупный плод.

3. Лапаротомия. Реанимационные мероприятия. Объём операции решить интраоперационно.

#### Задача № 22

Вы - врач приёмного отделения многопрофильной больницы. Поступила повторнобеременная при сроке беременности 37-38 недель через 2 часа после начала появления постоянных болей в животе. Общее состояние средней тяжести. АД 100 и 60 мм рт. ст, пульс 100 уд. в мин, ритмичный, ясный. Шоковый индекс = 1. Бледность кожи и видимых слизистых; на голенях, передней брюшной стенке обширные отёки. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, матка напряжена, что исключает возможность определения положения и предлежания плода. На передней стенке матки имеется участок локальной болезненности при пальпации. Сердцебиение плода не выслушивается. Из половых путей скудные кровянистые выделения.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.

2. Какая стадия шока при шоковом индексе Альговера = 1?

3. Тактика врача.

Эталон ответа

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Мёртвый плод.

Геморрагический шок.

2. Геморрагический шок 1 стадия.

3. Экстренное родоразрешение путём операции кесарево сечение.

#### Задача № 24

Вы - врач районной поликлиники. К вам обратилась женщины, 9-ый день после родов, с жалобами на повышение температуры до 39,6 С и боли в правой молочной железе. При осмотре: на соске глубокая трещина, молочная железа уплотнена. Кожа в наружно-внутреннем квадранте гиперемирована с инфильтрацией подлежащей ткани. Лимфоузлы в правой подмышечной ямке болезненные.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.

2. Определите тактику.

3. Возможно ли кормление ребёнка грудью?

Эталон ответа

1. Острый мастит, инфильтративная форма

2. Комплексная консервативная терапия (антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, физиотерапия, местно - холод)

3. Вскармливание сцеженным молоком из здоровой молочной железы, посев молока на флору

#### Задача № 25

Вы - врач стационара. Поступила первобеременная 22 лет. Срок беременности 8 недель. Жалобы на частую рвоту (20-25 раз в сутки), общую слабость, жажду, сухость во рту, головокружение, головную боль, плохой аппетит (пищу практически не удерживает), бессонницу. За последние 5

дней потеряла в весе 5 кг. Кожные покровы бледные, отмечается их сухость. Язык сухой, при пальпации живота - печень выступает за край рёберной дуги на 2,5 см, край её безболезненный. Температура 37,6 С. Пульс 110 уд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. В моче белок 1,89‰, положительная реакция на ацетон.

- 1.Поставьте диагноз, обоснуйте.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Определите тактику, обоснуйте.

**Эталон ответа**

- 1.Острый мастит, инфильтративная форма
- 2.Комплексная консервативная терапия (антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, физиотерапия, местно - холод)
- 3.Вскармливание сцеженным молоком из здоровой молочной железы, посев молока на флору

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

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<b>Знать:</b> этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		<b>Уметь:</b> использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов

					стандартов	стандартов	
		<b>Владеть:</b> Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	<b>Знать:</b> Правила ведения медицинской документации на различных этапах	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил	Сформированные систематические знания правил ведения

		оказания медицинской помощи	оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинской помощи	документации на различных этапах оказания медицинской помощи	ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		<b>Уметь:</b> Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Отсутствие умений грамотно заполнить медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Частично освоенные умения грамотно заполнить медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями	Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		<b>Владеть:</b> Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5

		достижения заданного уровня освоения компетенций)					
ПК-6	способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	<b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
		<b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	В целом успешно, но не систематически осуществлять умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной

					профессиональной деятельности	деятельности	деятельности
		<b>Владеть:</b> навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способность к определению тактики	<b>Знать:</b> Особенности течения и возможные осложнения при	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных	Фрагментарные знания особенностей течения и	Общие, но не структурированные знания особенностей	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы	Сформированные систематические знания

	ведения пациентов с различными нозологическими формами	различной патологии	осложнений при различной патологии	возможных осложнений при различной патологии	течения и возможных осложнений при различной патологии	знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		<b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5



		достижения заданного уровня освоения компетенций)					
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<b>Знать:</b> Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмов в диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Уметь:</b> Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Владеть:</b> Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических	Отсутствие навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение оказанием медицинской помощи в полном объеме при	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при	Успешное и систематически применяемые навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях

		заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	--	---	---	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-12	готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов	<b>Знать:</b> признаки беременности; нормальное течение беременности и родов; возможные осложнения беременности и родов; признаки внутриутробного страдания плода; особенности ведения беременности и	Отсутствие знаний признаков беременности; нормального течения беременности и родов; возможных осложнений беременности и родов; признаков беременности и родов;	Фрагментарные знания признаков беременности; нормального течения беременности и родов; возможных осложнений беременности и родов; признаков внутриутробного страдания плода; особенностей	Общие, но не структурированные знания признаков беременности; нормального течения беременности и родов; возможных осложнений беременности и родов; признаков внутриутробного	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания признаков беременности; нормального течения беременности и родов; возможных осложнений беременности и	Сформированные систематические знания признаков беременности; нормального течения беременности и родов; возможных осложнений беременности и родов; признаков внутриутробного

		родов при экстрагенитальной патологии; особенности ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода	внутриутробно о страдания плода; особенностей ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии; особенностей ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода	ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии; особенностей ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода	страдания плода; особенностей ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии; особенностей ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода	родов; признаков внутриутробного страдания плода; особенностей ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии; особенностей ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода	страдания плода; особенностей ведения беременности и родов при экстрагенитальной патологии; особенностей ведения беременности и родов при неправильном прилежании плода
		<b>Уметь:</b> проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и членорасположении плода	Отсутствие умений проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и членорасположении плода	Частично освоенные умения проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и членорасположении плода	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и	Сформированное умение проводить обследование беременных, вести физиологическую беременность; вести беременность и роды в норме, при экстрагенитальной патологии; вести беременность и роды при неправильном положении и членорасположении плода

			ении плода		членорасположен ии плода	членорасположен ии плода	
		<b>Владеть:</b> методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыками проведения первого туалета новорожденных; навыками принятия физиологических родов; навыками оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыками оценки результатов кольпоскопии, гистероскопии, гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыков оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыков проведения первого туалета новорожденных; навыков принятия физиологических родов; навыков оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыков оценки результатов	Фрагментарное применение навыков владения методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыков оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыков проведения первого туалета новорожденных; навыков принятия физиологических родов; навыков оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыков оценки результатов кольпоскопии, гистероскопии,	В целом успешное, но не система-тически проявляемое владение методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыками проведения первого туалета новорожденных; навыками принятия физиологических родов; навыками оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыками оценки результатов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыками проведения первого туалета новорожденных; навыками принятия физиологических родов; навыками оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыками оценки результатов	Успешное и система-тически применяемые навыки владения методами диагностики ранних сроков беременности; обследованием беременных; навыков оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях матери, новорожденного; навыков проведения первого туалета новорожденных; навыков принятия физиологических родов; навыков оценки данных УЗИ и кардиомониторного наблюдения за плодом; навыков оценки результатов кольпоскопии, гистероскопии,

			кольпоскопии, гистероскопии, гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины	гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины	кольпоскопии, гистероскопии, гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины	кольпоскопии, гистероскопии, гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины	гистеросальпингографии, УЗИ гениталий в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	---	--	--	---

## 4.2 Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, реферат, презентации, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

### 4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- 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, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- 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.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки рефератов:

❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### Для оценки презентаций:

❖ Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для разбора тематического больного:**

**Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

**Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

**Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного:**

**Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

**Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит

расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

**Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

**Для разбора истории болезни:**

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

**4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

**Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1.):**

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.