Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования Ижевская государственная медицинская академия

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

|  |
| --- |
| УтверждЕНна заседании кафедры « 10 » мая 2018 г., протокол № 12Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.В. Семенова (подпись) |

**ФОНД**

**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

#### ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Акушерство и гинекология

**31.05.01 Лечебное дело**

(код и наименование специальности)

**врач-терапевт участковый**

(наименование специализации)

специалитет, очная форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Квалификация (степень) выпускника

**Паспорт**

**фонда оценочных средств**

 **по дисциплине Акушерство**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Контролируемые разделы (темы) дисциплины | Код контролируемой компетенции (или ее части) | Наименование оценочного средства |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Предмет акушерства. Основы организации акушерской помощи. Родильный дом и женская консультация. | ПК-1 | Собеседование  |
| 2 | Диагностика беременности. Методы обследования. | ОПК-8ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты  |
| 3 | Таз с анатомической точки зрения. Плод как объект родов. | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 4 | Биомеханизм родов при различных вариантах головного предлежания | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 5 | Клиника и ведение родов. Особенности течения родов при различных вариантах узких тазов. | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 6 | Беременность и роды при тазовом предлежании. Неправильные положения плода. | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 7 | Физиология послеродового периода. Роль грудного вскармливания***.*** | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 8 | Преэклампсия. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 9 | Преждевременные роды. Переношенная беременность. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 10 | Аномалии родовой деятельности. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 11 | Плацентарная недостаточность. Синдром задержки роста плода. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 12 | Кровотечения во время беременности, в родах, в раннем послеродовом периоде. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 13 | Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 14 | Внутриутробная инфекция. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 15 | Кесарево сечение в современном акушерстве. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 16 | Пропедевтика гинекологических заболеваний. Семиотика и диагностика. | ПК-1ПК-5 | Собеседование Тесты |
| 17 | Воспалительные заболевания женских половых органов (неспецифические аспекты). Особенности клиники, диагностики и лечения у девочек. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 18 | Осложненные формы воспалительных заболеваний (гнойно-воспалительные процессы). | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 19 | Аномальные маточные кровотечения в различные возрастные периоды жизни. Ювенильные кровотечения | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 20 | Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 21 | Доброкачественные и злокачественные заболевания шейки и тела матки. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 22 | Эндометриоидная болезнь | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 23 | Неотложные состояния в гинекологии. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 24 | Нейроэндокринные синдромы в гинекологии. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 25 | Миома матки. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 26 | Планирование семьи и методы контрацепции | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 27 | Невынашивание беременности. Аборт в ранние и поздние сроки. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |
| 28 | Нарушение полового созревания. | ПК-6ПК-8 | Собеседование Тесты |

**Перечень оценочных средств (см. положение о ФОС)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование оценочного средства | Краткая характеристика оценочного средства | Представление оценочного средства в фонде  |
| 1 | Собеседование | Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п. | - Диагностика беременности. Методы обследования беременных женщин. Бимануальное исследование. - Регуляция родовой деятельности, подготовка к родам. Основные нозологические формы аномалий родовой деятельности. - Определение понятия плацентарной недостаточности*.* Этиология, патогенез, диагностика,терапия. - Эндометрит после кесарева сечения. Дифференциальная диагностика с перитонитом. Лактостаз. - Акушерские кровотечения. Тактика ведения при развитии ДВС-синдрома. Причины кровотечения в последовом периоде. Патология прикрепления плаценты. Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. - Переношенная беременность. Диагностика, тактика, подготовка к родам.- Преждевременные роды. Оказание помощи женщине и новорожденному. Клинический протокол профилактики и терапии преждевременных родов.- Профилактика преэклампсии, тяжелых форм, осложнений.- ВУИ как один из основных этиологических факторов перинатальной заболеваемости и смертности. Понятие о TORCH-комплексе. Профилактика внутриутробного инфицирования плода. |
| 2 | Тест  | Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося. | Тестовые задания разработаны ко всем темам практических занятий, представлены на электронном носителе. |
| 3 | История родов | Способ контроля усвоения учебного материала и применения знаний на практике | История родов и история болезни пишется на соответствующих цикловых занятиях |
| 4 | Дневник по производственной практике | Способ контроля практических навыков и умений | Заполняется в период производственной практикой, представляется на зачет. |

**1.Зачётно-экзаменационные материалы**

**(перечень вопросов/ билетов)**

**По разделу/дисциплине Акушерство и гинекология**

 **МИНЗДРАВ РОССИИ**  **31.05.01 Лечебное дело**

**федеральное государственное бюджетное**

 **образовательное учреждение** Врач-лечебник

 **высшего** **образования**  (врач-терапевт участковый)

 **«Ижевская государственная медицинская**

 **академия»** Кафедра акушерства и гинекологии

 **(ИГМА)**

 Дисциплина акушерство и гинекология

 (наименование дисциплины)

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Диспансеризация беременных. Программа наблюдения беременных в женской консультации.
2. Аномальные маточные кровотечения. Классификация по возрасту в МКБ – 10. Дисфункциональные кровотечения в ювенильном и климактерическом периоде с ановуляцией по типу атрезии или персистенции фолликула. Клиника. Диагностика. Оказание помощи. Роль УЗИ при выборе метода гемостаза.
3. Задача.

11 сентября в родильный дом доставлена беременная женщина 36 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Беременность третья. Первые две беременности закончились искусственными абортами по желанию женщины. Последняя менструация 3-6 января. 11 сентября внезапно началось кровотечение алой кровью из половых путей. Машиной скорой помощи беременная доставлена в родильный дом.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. АД=120/80 мм рт.ст., пульс 80 в минуту. Родовой деятельности нет. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см. Матка легко возбудима, положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Из половых путей умеренные кровянистые выделения. При ультразвуковом сканировании обнаружено, что плацента расположена в нижнем сегменте матки, полностью перекрывая область внутреннего зева.

Выделения кровянистые, продолжаются. Кровопотеря составила 250 мл.

 *Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2**

1. Методы обследования в акушерстве. Наружное акушерское исследование (общий осмотр, приемы Леопольда-Левицкого, тазоизмерение, аускультация сердцебиения плода).
2. Аномальные маточные кровотечения органической природы в ювенильном возрасте. Аденомиоз. Гиперплазия эндометрия. Клиника. Диагностика. Оказание помощи. Роль УЗИ при выборе метода гемостаза.
3. Задача.

Роженица 36 лет поступила в родильный дом на первые роды с начавшейся 4 часа назад родовой деятельностью при сроке беременности 38 недель.

 Состояние удовлетворительное. Размеры таза нормальные. Схватки через 3-4 минуты по 20-25 секунд. Над входом в малый таз определяется тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 166 ударов в минуту. Воды не изливались.

При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева 3 см, края шейки матки плотные. Плодный пузырь цел. Над входом в малый таз определяются ножки плода.

Данные ультразвукового исследования: плод в тазовом предлежании, предполагаемая масса 2400 г. По данным фетометрии плод соответствует 35 неделям беременности. Плацента на передней стенке, толщиной 20 мм с множеством кальцинатов. При ультразвуковой допплерометрии обнаружено снижение диастолического кровотока в артерии пуповины. На кардиотокограмме – признаки хронической гипоксии плода.

 *Диагноз. План ведения родов.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3**

1. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Плод как объект родов: положение, предлежание, позиция, вид позиции плода. Определение срока беременности и родов. Опознавательные пункты на головке плода (швы, роднички).
2. Синдром «острого живота» в гинекологии. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

Роженица 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью и доношенной беременностью на вторые роды. Первые роды 4 года назад, протекали без особенностей, масса плода 3550 г. Настоящая беременность вторая, осложнений не было.

Схватки через 2,5 – 3 минуты по 30 – 35 секунд, хорошей силы. Воды не изливались. Над входом в малый таз определяются ягодицы плода, головка в дне матки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 ударов в минуту, КТГ - нормограмма. Предполагаемая масса плода 3000 г. Размеры таза 25-28-31-21 см, индекс Соловьева 1,4.

При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева полное, ко входу в малый таз прижаты ягодицы плода. Плодный пузырь цел, вскрыт, излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Мыс не достижим. Деформаций костей таза нет.

*Диагноз. План ведения родов.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4**

1. Основные факторы риска материнской смертности и перинатальных потерь. Профилактика.
2. Аномальные маточные кровотечения органической природы в различные возрастные периоды: аденомиоз, острый эндометрит, миома матки. Клиника Диагностика. Оказание экстренной помощи. Роль УЗИ при выборе метода гемостаза. Методика консервативного гемостаза.
3. Задача

В родильный дом направлена беременная женщина 25 лет для родоразрешения. Беременность доношенная. Размеры таза нормальные. При наружном акушерском исследовании предлежащая часть не определяется. Головка плода справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 в минуту.

 *Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5**

1. Норма беременности. Изменения, происходящие в половых органах и молочных железах.
2. Синдром «острого живота» в гинекологии. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика внутрибрюшного кровотечения. Особенности хирургического оказания помощи.
3. Задача

Роженица 26 лет находится в третьем периоде родов.

Настоящая беременность третья, в анамнезе одни своевременные роды без осложнений и один искусственный аборт с повторным выскабливанием слизистой оболочки полости матки.

25 минут назад родился живой доношенный мальчик массой 3700 г, 55 см, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов.

Признаков отделения плаценты нет. Состояние роженицы удовлетворительное, АД=120/80 мм рт.ст., пульс 82 в минуту.

*Диагноз. Тактика.*

 **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6**

1. Норма беременности. Изменения сердечно-сосудистой системы, волемические и гемодинамические.

1. «Острый живот» в гинекологии. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы оказания медицинской помощи.

1. Задача

В отделение патологии беременных госпитализирована беременная 24 лет с жалобами на повышенную двигательную активность плода, тянущие боли внизу живота и пояснице. Указанные жалобы появились 10 дней назад. Беременность первая, протекала на фоне угрозы прерывания с ранних сроков.

Дата последней менструации 10-14 июля. Дата госпитализации 24 февраля. В отделении проводилась терапия, направленная на сохранение беременности, проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств плода кортикостероидами. Тем не менее, 3 марта началась регулярная родовая деятельность. На момент осмотра схватки через 3-4 минуты по 20-25 секунд, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. При влагалищном исследовании обнаружено раскрытие маточного зева 5-6 см, шейка матки сглажена. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, кости черепа мягкие. Плодный пузырь цел.

*Диагноз. План ведения родов.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7**

1. Норма беременности. Изменения, происходящие в центральной нервной системе, печени, мочевыделительной системе.
2. Заболевания шейки матки. Фоновые процессы. Определение. Принципиальное отличие от предрака. Эктопия. Кондилема. Эндометриоз. Клиника. Диагностика. Тактика.
3. Задача

В родильный дом доставлена беременная женщина с жалобами на резкую боль в животе, возникшую около часа тому назад, кровянистые выделения из половых путей. Беременность первая, доношенная. В течение трех дней беспокоила головная боль, иногда «мелькание мушек» перед глазами. Общее состояние удовлетворительное. АД=105/60 мм рт.ст., пульс 92 в минуту. Родовой деятельности нет. Тонус матки повышен. Положение плода продольное, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 160 ударов в минуту. Воды не отходили. Выраженные отеки голеней и передней брюшной стенки.

Ультразвуковое исследование: плацента расположена на передней стенке, ближе к дну матки. Между стенкой матки и плацентой эхонегативный участок 8 х 3 см.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8**

1. Ранний послеродовой период. Течение. Ведение. Профилактика кровотечения.
2. Синдром «острого живота». Перекрут ножки опухоли яичника. «Ножки» опухоли: анатомическая, хирургическая. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

В родильный дом доставлена беременная 29 лет. Беременность первая, срок 30-31 неделя. В течение трех недель наблюдалось повышение артериального давления, в течение двух недель – отеки голеней и передней брюшной стенки. Отмечает уменьшение количества мочи. На момент поступления АД=170/100 мм рт.ст. на обеих руках, беспокоит головная боль, дыхание через нос затруднено. Протеинурия 2 г/л. При ультразвуковом исследовании обнаружено соответствие фетометрических показателей 27-28 неделям беременности, плацента толщиной 20 мм, II стадии созревания. Данные ультразвуковой допплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «нулевые» значения диастолического кровотока в артерии пуповины. КТГ – признаки гипоксии плода.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9**

1. Причины наступления родов. Родовая доминанта. Периоды родов. Продолжительность родов у перво- и повторнородящих женщин.
2. Невынашивание беременности. Самопроизвольный выкидыш. Клиника начавшегося аборта, аборта в ходу, неполного аборта. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы оказания медицинской помощи. Осложнения выкидыша.
3. Задача.

Больная Б., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, длительные менструации.

Анамнез. Впервые миома матки была обнаружена 6 лет назад, матка была увеличена до 6 недель беременности. Больная состояла на диспансерном учете. В последний год она стала отмечать обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость.

Объективное исследование. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Отмечается систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно. Шейка матки чистая. Матка увеличена до 12 недель беременности, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения обильные, кровянистые.

УЗИ органов малого таза. Матка размерами до 12 недель беременности, миометрий неоднородный за счет узлов. Узлы инкапсулированы, деформируют полость матки, эндометрий – 6 мм.

Анализ крови. Гемоглобин- 80 г/л, эритроциты- 2,3×1012/л, гематокрит 0,26, лейкоциты- 6,2×109/л.

 *Диагноз предварительный. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10**

1. Роды. Первый период родов. Фазы раскрытия шейки матки. Ведение первого периода родов. Партограмма. Обезболивание.
2. Истинные опухоли яичника – кистомы. Классификация гистологическая. Характеристика серозной кистомы, муцинозной кистомы, тератомы. Клиника кистомы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Формулировка предварительного диагноза и подготовка к операции. Лечение
3. Задача

Роженица 25 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Беременность первая, доношенная. Рост женщины 166 см, масса тела 70 кг

Состояние удовлетворительное. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, продолжительность первого периода родов 10 часов, второго – 40 минут. В переднем виде затылочного предлежания родилась живая девочка массой 3900 г, длиной 56 см. Внутривенно введен окситоцин (10 Ед). Через 10 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Плацента цела, оболочки все. С последом выделилось около 100 мл крови. Матка хорошо сократилась. Через 15 минут при наружном массаже матки выделился кровяной сгусток объемом около 50 мл. Кровянистые выделения продолжаются. Матка мягковатой консистенции, дно ее на 3 см выше пупка. Кровопотеря составила 450 мл. АД=125/80 мм рт.ст., пульс 80 в минуту.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11**

1. Роды. Второй период родов. Клиника. Диагностика. Ведение.
2. Заболевания шейки матки. Анатомо-гистологические особенности шейки. Классификация заболеваний. Современные методы диагностики и лечения заболеваний. Принципы профилактики рака шейки матки.
3. Задача

Роженица 34 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 2 часа назад. Беременность третья, доношенная, роды ожидаются третьи.

Состояние удовлетворительное. При раскрытии шейки матки на 7-8 см вскрыт плодный пузырь, воды светлые, через 40 минут начались потуги. Родилась живая доношенная девочка массой 3200 г, 52 см, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Внутривенно введен раствор окситоцина (10 Ед). Моча выведена катетером. Через 5 минут появились признаки отделения плаценты, послед выделен по способу Абуладзе. Плацента цела, оболочки все. С последом выделилось около 150 мл крови, кровотечение продолжается. Внутривенно капельно начато введение окситоцина. При кровопотере 350 мл произведено ручное обследование полости матки, удалены сгустки крови. Матка кратковременно сократилась, затем вновь расслабилась. Кровопотеря достигла 600 мл и продолжается. Катетеризирована вторая вена – вводятся кровезаменители. Произведена баллонная тампонада матки с кратковременным эффектом. Общая кровопотеря 1000-1100 мл. Женщина бледная, АД=90/60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту.

*Диагноз. Тактика****.***

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12**

1. Роды. Течение и ведение третьего периода родов. Признаки отделения плаценты. Оценка состояния последа при рождении. Осложнения в третьем периоде родов. Профилактика осложнений.
2. Миома матки. Определение. Морфология узла. Гормонозависимость, факторы риска развития миомы. Миома субсерозная (подбрюшинная). Клиника. Диагностика. Осложнения. Методы лечения.
3. Задача

Больная Б., 46 лет, доставлена в экстренном порядке в дежурную гинекологию с острыми болями внизу живота, повышением температуры до 37,5 ⁰ С, сухостью во рту.

В анамнезе – месяц назад обнаружена опухоль левого яичника. Предложено оперативное лечение. Назначено обследование и подготовка к операции. Боли появились после подъема тяжести.

Объективно: язык сухой, температура 37,8 ⁰С, живот вздут, болезненный при пальпации, положителен симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота.

Бимануальное исследование: матка небольшая, безболезненная, придатки справа без особенностей, слева пальпируется резко болезненный нижний полюс опухоли, верхний полюс пальпируется с трудом из-за напряжения мышц передней брюшной стенки (defans).

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13**

1. Поздний послеродовой период. Критерии выписки из родильного дома. Изменения в организме после родов. Принципы грудного вскармливания.
2. Опухоли яичника. Классификация клиническая, гистологическая. Клинические проявления опухолей яичника. Перекрут ножки опухоли. Причины. Клиника. Диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

7 апреля в родильный дом поступила беременная 28 лет с жалобами на отеки ног. Отмечает повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Указанные жалобы беспокоят в течение двух недель.

Беременность первая, дата последней менструации 22-25 июля. С 20 лет страдает гипертонической болезнью I степени. С 29 недель наблюдается повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

Состояние удовлетворительное. При поступлении АД=140/90 мм рт.ст., пульс 88 в минуту. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 30 см. Размеры таза 25-28-31-21 см, индекс Соловьева 1,5. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Отеки голеней. При обследовании выявлена протеинурия 264 мг/л. УЗИ: размеры плода соответствуют 36 неделям беременности. УЗДГ: нарушение кровотока в обеих маточных артериях. КТГ: признаки гипоксии плода. При влагалищном исследовании обнаружена «зрелая» шейка матки.

*Диагноз. Тактика****.***

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14**

1. Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
2. Невынашивание беременности. Несостоявшаяся беременность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

 Роженица К., 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. Первая беременность два года назад закончилась операцией искусственного аборта с повторным выскабливанием слизистой оболочки полости матки. Схватки начались 3 часа назад, околоплодные воды отошли по пути в родильный дом.

 При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 71 кг. АД=120/80, 110/80 мм рт.ст. Размеры таза 25-28-31-18,5 см. Индекс Соловьева 1,5. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 удара в минуту. Схватки через 6 мин по 25 сек средней силы. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие 3 см, плодный пузырь не определяется. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Расположение швов и родничков не определяется. Диагональная конъюгата 11,5 см. Подтекают светлые околоплодные воды.

 *Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15**

1. Физиологическое течение позднего послеродового периода. Критерии выписки из акушерского стационара. Контрацепция.
2. Аномальные маточные кровотечения органической природы в различные возрастные периоды: гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, неполный аборт. Клиника. Диагностика. Оказание помощи. Роль УЗИ при выборе метода гемостаза. Хирургические методы гемостаза.
3. Задача

Роженица, 32 лет, доставлена в родильный дом 20 января в 20.00 часов на первые роды. Последняя менструация 13-17 апреля. Беременность протекала без осложнений. 20 января в 16.00 часов началась регулярная родовая деятельность.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 154 см, масса тела 66 кг. АД=120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Пульс 72 удара в минуту. Размеры таза 25-26-31-18 см. Индекс Соловьева 1,6. Крестцовый ромб 10×12 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 126 ударов в минуту. Окружность живота 107 см. Высота стояния дна матки 36 см.

Влагалищное исследование*:* шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие – 4 см, диагональная конъюгата – 11 см, подтекают светлые околоплодные воды. Головка плода над входом в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, роднички не определяются.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16**

1. Преждевременные роды. Особенности течения и ведения. Профилактика. Характеристика недоношенного новорожденного.
2. Заболевания шейки матки. Фоновые процессы. Определение. Принципиальное отличие от предрака. Эктопия. Полип. Цервицит. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения.
3. Задача

Больная В., 34 лет поступила в клинику с жалобами на ноющую боль в левой подвздошной области, которая иррадиирует в левое бедро, учащенное, болезненное мочеиспускание.

Анамнез. При профилактическом осмотре 2 недели назад была обнаружена опухоль левого яичника размерами 9×8×6 см, после чего больной было предложено оперативное лечение, от которого она отказалась.

Объективное исследование. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, больше в левой подвздошной области, где выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина- Блюмберга. Кишечные шумы выслушиваются.

Бимануальное исследование: исследование. Своды влагалища: справа свободен, слева определяется нижний полюс опухоли, резко болезненный при пальпации. Тело матки плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа не определяются. Слева и кзади от матки в области придатков пальпируется опухоль овоидной формы размерами 12×10×10 см, мягковатой консистенции, ограничено подвижная, с гладкой поверхностью, резко болезненная при пальпации. Верхний полюс новообразования четко не пальпируется из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки.

Анализ крови. Гемоглобин- 126 г/л, лейкоциты 14,7×109 /л, CОЭ 28 мм/час.

Ультразвуковое сканирование. Левый яичник представляет собой жидкостное двухкамерное образование 90×80×60 мм с эхонегативными включениями.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17**

1. Переношенная беременность. Диагностика. Осложнения. Акушерская тактика. Характеристика переношенного новорожденного.
2. Аномальные маточные кровотечения органической природы в различные возрастные периоды: аденомиоз, острый эндометрит, миома матки. Клиника Диагностика. Оказание экстренной помощи. Роль УЗИ при выборе метода гемостаза. Методика консервативного гемостаза.
3. Задача

В родильный дом поступила роженица 32 лет с жалобами на схватки в течение 5 часов и отхождение околоплодных вод 3 часа назад. Беременность первая, срок 39-40 недель. На голенях отеки, АД=140/90 мм рт.ст. на обеих руках, в моче следы белка. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 33 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту. Размеры таза 24-27-30-19 см, индекс Соловьева 1,4. Схватки через 4-5 минут по 20-25 секунд. Подтекают светлые околоплодные воды. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие 7 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Диагональная конъюгата 11 см.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18**

1. Многоплодие. Диагностика. Особенности течения и ведения беременности и родов. Специфические осложнения многоплодной беременности.
2. Невынашивание беременности. Определение. Виды невынашивания. Самопроизвольный выкидыш. Этиология. Стадии самопроизвольного аборта. Диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

 В родильный дом поступила роженица 26 лет с жалобами на схватки, начавшиеся 8 часов назад. Беременность первая, доношенная. Течение беременности осложнилось обострением хронического пиелонефрита в 27-28 недель.

 Схватки через 5-6 минут, по 15-20 секунд. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Окружность живота 99 см, высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза нормальные. На кардиотокограмме признаков гипоксии плода не обнаружено. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края мягкие, раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс не достижим, деформаций костей таза нет.

 В течение двух последующих часов родовая деятельность не прогрессировала. На КТГ: схватки монотонные, прежние по частоте, длительности и силе. При влагалищном исследовании отмечено увеличение раскрытия маточного зева на 1 см.

*Диагноз. Тактика****.***

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19**

1. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Современные принципы ведения беременных. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Диагностика. Тактика. Современные технологии лечения гемолитической болезни плода.
2. Опухолевидные образования яичников – кисты. Принципиальное отличие от опухолей. Морфологические варианты: фолликулярная киста, киста желтого тела, эндометриома. Диагностика. Лечение. Формулировка предварительного диагноза и подготовка к операции.

1. Задача

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней, слабость, головокружение. После двухмесячного отсутствия менструации появились умеренные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 12 лет, первые 4 месяца регулярные (по 3-4 дня, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Затем менструации стали длительные, нерегулярные, с задержкой на 1-2-3 месяца. Половую жизнь отрицает.

Объективное обследование. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести. Пульс 90 ударов в минуту. АД 95/50 мм рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. При осмотре наружные половые органы развиты по женскому типу.

Ректальное исследование. Тело матки плотное, нормальной величины, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются.

УЗИ органов малого таза. Матка 47×31×49 мм (нормальной величины). Толщина передней стенки 15 мм, толщина задней стенки – 15 мм, миометрий однородный. Эндометрий – 24 мм, неоднородный, полость расширена до 20 мм. Яичники не изменены.

Анализ крови: гемоглобин 75 г/л, эритроциты 3,7×1012 /л.

 *Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20**

1. Нарушения сократительной деятельности матки в родах. Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная). Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Нозологические формы нижних и верхних отделов половой сферы. Вульвит. Бартолинит. Вагинит. Цервицит. Роль инфекций, передаваемых преимущественно половым путем. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Задача

 Роженица 25 лет поступила в родильный дом со схватками при доношенной беременности на первые роды. Схватки начались 8 часов назад, воды отошли по пути в родильный дом.

 Состояние удовлетворительное. АД=130/80 мм рт.ст. на обеих руках, пульс 90 в минуту. Исходное АД=120/80мм рт.ст. Рост 160 см, масса тела 78 кг. Размеры таза 25-28-31-18,5 см, индекс Соловьева 1,5. предполагаемая масса плода 3400 г. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 118 ударов в минуту. Схватки через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд, болезненные. Признак Вастена «в гору». Пальпация нижнего сегмента болезненна. Контракционное кольцо на уровне пупка, идет косо.

 Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз, справа определяются глазницы и корень носа, слева достигается угол большого родничка. Подтекают воды, окрашенные меконием.

 *Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21**

1. Нарушения сократительной деятельности матки в родах. Дискоординация родовой деятельности. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Диагностические критерии ВОЗ (минимальные, дополнительные, доказательные). Гнойные осложненные формы - пельвиоперитонит. Этиология и условия развития. Клиника. Диагностика. Ценность лапароскопии. Лечение. Профилактика. Роль инфекций, передающихся половым путем.
3. Задача

Роженица 24 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 8 часов, на момент поступления схватки через 2,5-3 минуты по 35 секунд. Беременность третья, доношенная. Предыдущие беременности закончились родами в срок без осложнений. Интергенетический интервал 3 года.

 Состояние роженицы удовлетворительное. Размеры таза нормальные. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел, вскрыт, отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок не достигается.

Через 20 минут появились потуги через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд, однако еще через 10 минут потуги ослабли, стали редкими, короткими. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, до 140 ударов в минуту. Наружными приемами головку плода определить не удается. При внутреннем исследовании обнаружено, что головка на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере. Под симфизом определяется угол большого родничка.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22**

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Факторы риска. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Барьерные механизмы защиты. Острый эндометрит, сальпингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Роль инфекций, передающихся половым путем.
3. Задача

Роженица Ф., 30 лет, поступила в родильный дом 10 апреля с регулярной родовой деятельностью в течение 2 часов. При поступлении в приемном отделении излилось около 1,5 литра светлых околоплодных вод.

Последняя менструация 1-4 июля прошлого года. Настоящая беременность третья (первая – роды в срок, масса плода 3200 г, вторая – искусственный аборт). Окружность живота 100 см, высота дна матки 40 см, размеры таза: 25-28-31-22 см, индекс Соловьева 1,5. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд./мин. Схватки через 3 минуты по 25-30 секунд. Влагалищное исследование. Шейка матки укорочена до 1 см, раскрытие 2 см. Края мягкие, легко податливые. Головка плода прижата к входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

Через 7 часов. Ощущает желание тужиться. Схватки через 2-2,5 минуты по 35-40 секунд. Сердцебиение плода 162 уд./мин. На КТГ признаки гипоксии. Появился отек больших и малых половых губ. Влагалищное исследование № 2. Раскрытие шейки матки полное. Головка плода прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под симфизом.

 *Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23**

1. Предлежание плаценты. Классификация. Этиология. Осложнения беременности и родов. Тактика. Особенности оперативного родоразрешения.
2. Заболевания шейки матки. Предраковые процессы. Определение. Факторы риска. Дисплазия – цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), стадии. Принципиальное отличие от доброкачественных процессов. Клиника. Диагностические и лечебные подходы. Принципы профилактики рака шейки матки.
3. Задача

На третьи сутки после родов родильница предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39оС. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты было произведено ручное ее отделение и выделение последа.

В анамнезе: хронический пиелонефрит, два искусственных аборта.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Умеренное нагрубание молочных желез. Живот мягкий. Дно матки на уровне пупка. Матка плотная, болезненная при пальпации. Лохии кровянисто-гнойные, обильные, с неприятным запахом. В анализе крови: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ. В анализах мочи отклонений от нормы нет.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24**

1. Кровотечения в последовом периоде. Этиология. Клиника. Тактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Нозологические формы нижних и верхних отделов половой сферы. Вульвит. Бартолинит. Вагинит. Цервицит. Роль инфекций, передающихся половым путем. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Задача

Больная М., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились обильные и длительные менструации.

Анамнез. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, цикл 28-30 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 1,5 лет у больной изменился менструальный цикл. Продолжительность менструации увеличилась до 7-8 дней, в первые 5 дней - обильные. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

Объективное исследование. Состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту. АД 115/75 мм рт.ст. Женщина правильного телосложения. Кожные покровы бледные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, мажущие.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки чистая. Тело матки увеличено до 10-12 недель беременности за счет миоматозных узлов. Матка безболезненна. Выделения кровянистые, мажущие.

Анализ крови. Гемоглобин - 78 г/л; эритроциты- 3,1×1012/л; лейкоциты 7,8×109/л; СОЭ 5 мм/час.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика*.

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25**

1. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Этиология. Клиника. Алгоритм оказания медицинской помощи.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Барьерные механизмы защиты. Острый эндометрит, сальпингит. Клиника. Диагностика. Лечение. Роль инфекций, передающихся половым путем.
3. Задача

В гинекологическое отделение поступила больная М., 58 лет с жалобами на нерегулярные кровянистые выделения из влагалища в течение года.

Анамнез. Постменопауза длится 8 лет. В 52 года было проведено диагностическое выскабливание слизистой матки по поводу мажущих кровянистых выделений. При гистологическом исследовании обнаружена железистая гиперплазия эндометрия. Лечение не проводилось. Через год вновь появились нерегулярные кровянистые выделения, по поводу которых больная и поступила в гинекологическое отделение.

 Бимануальное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободно, своды свободны. Шейка матки цилиндрической формы, подвижная, чистая. Тело матки обычных размеров, подвижно, безболезненно. Придатки не пальпируются.

Ректальное исследование. Опухолевых образований и инфильтратов в малом тазу не определяется.

УЗИ органов малого таза. Матка размеры 52×45×49 мм (нормальных размеров), миометрий однородный. Полость матки не расширена, эндометрий утолщенный до 22 мм, неоднородный. Яичники без особенностей.

Произведено выскабливание слизистой матки, был получен значительный соскоб.

Гистологическое исследование. В соскобе обнаружена атипическая гиперплазия эндометрия. Единичные клетки железистой ткани крупные, с гиперхромными ядрами. Контуры этих ядер неправильные.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26**

1. Родовый травматизм матери. Классификация. Причины. Осложнения и последствия разрывов промежности.
2. Гиперплазия эндометрия в ювенильном возрасте. Причины. Клиника. Диагностика. Оказание помощи при кровотечении. Роль УЗИ. Противорецидивная терапия.
3. Задача

К., 27 лет, поступила в гинекологическую клинику 2 июня с жалобами на периодически повторяющиеся боли внизу живота.

Считает себя больной с 15 мая, когда после задержки менструации на 2 месяца появились приступообразные боли, а затем незначительные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. 25 мая внезапно появились резкие боли слева внизу живота, сопровождающиеся тошнотой и головокружением. Эти явления скоро исчезли. 2 июня утром приступ болей повторился. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована.

Объективное исследование. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Пульс 80 уд./ мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации в нижних отделах.

Гинекологическое исследование. Влагалище нерожавшей женщины, шейка конической формы, слизистая цианотичная, положительный симптом Скробанского Бианки, из цервикального канала небольшие темно-кровянистые выделения. Матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции, безболезненная при пальпации, слева и сзади от нее определяется образование неопределенной формы размерами примерно 40×60 мм, мягковатой консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Правые придатки уплотнены, чувствительны.

Ультразвуковое исследование: матка: несколько больше нормы, в полости плодного яйца нет, яичники - в норме

Кровь на ХГЧ – следы (реакция положительная)

*Диагноз предварительный. Тактика*.

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27**

1. Родовый травматизм матери. Разрыв матки. Этиология. Клиника угрожающего, начавшегося и свершившегося разрыва матки. Тактика.
2. Гиперплазия эндометрия. Определение. Причины развития. Современная классификация. Простая гиперплазия без атипии. Этиология. Клиника. Диагностика. Оказание экстренной помощи при кровотечении. Лечение гиперплазии. Профилактика рецидивов.
3. Задача

Больная Ш., 32 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на болезненные, обильные менструации и темно-кровянистые выделения из половых путей накануне менструации.

Объективное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. АД – 120/75 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Из половых путей отходят кровянистые, темные, скудные выделения.

Гинекологическое исследование**.** Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки имеет цилиндрическую форму. На шейке матки видны узелковые, мелкокистозные «глазки» багрово-синего цвета. Из отдельных образований отходят темные, кровянистые, скудные выделения. Матка шаровидной формы, до 8 недель беременности, мягковата, болезненная при пальпации. Придатки не определяются.

Больной предложено обследование после менструации.

УЗИ органов малого таза*.* Матка 77×60×70 мм (соответствует 8-недельной беременности), во всех стенках множество гиперэхогенных структур (полости 3 мм в диаметре), яичники без особенностей. На 8-й день цикла произведена метросальпингография. На снимке МСГ полость матки правильной треугольной формы «с пролябированием» дна. Имеются четко выраженные «законтурные» тени в дне и истмической части матки.

 *Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28**

1. Преэклампсия. Классификация. Факторы риска. Диагностика. Тактика.
2. Гиперплазия эндометрия. Атипическая гиперплазия. Этиология. Клиника. Диагностика. Оказание помощи при кровотечении. Стратегия при предраке эндометрия. Роль гистероскопии. Профилактика рака при атипической гиперплазии.
3. Задача

Беременная О., 35 лет, доставлена 30 июня в 19 часов в родильный дом машиной скорой помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, незначительные боли внизу живота и пояснице. Последняя менструация 27-30 сентября предыдущего года. Со слов женщины с 27 недель появились и повторялись мажущие кровянистые выделения из половых путей. 30 июня в 17 часов появились незначительные боли внизу живота и пояснице, а в 18 часов – умеренные кровянистые выделения. Положение плода продольное, предлежание головное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Окружность живота 102 см. Высота стояния дна матки 38 см. Размеры таза: 25-28-31-21 см. На прокладке алое пятно крови.

УЗИ: размеры плода соответствуют доношенной беременности. Плацента на задней стенке, нижний край перекрывает внутренний зев шейки матки. На КТГ признаки гипоксии плода.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29**

1. Тазовое предлежание. Классификация. Диагностика. Принципы ведения родов. Показания к оперативному родоразрешению.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Барьерные механизмы защиты. Осложненные гнойно-септические формы – тубоовариальный абсцесс. Причины и условия формирования. Клиника. Диагностика. Роль УЗИ и лучевых методов. Осложнения. Лечебная тактика.
3. Задача

Больная 36 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. Заболела остро. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели., контрацепция физиологическая (календарный метод).

Объективно: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт ст. Живот незначительно вздут, мягкий, болезнен­ный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах.

Бимануальное исследование: смещения шейки матки резко болезненное, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.

*Диагноз предварительный. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30**

1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Классификация. Показания. Условия. Ведение послеоперационного периода.
2. Миома матки. Классификация миомы по локализации узлов. Гормонозависимость. Миома субмукозная (подслизистая). Клиника. Диагностика. Осложнения. Методы оказания помощи.
3. Задача

Больная 25 лет поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на резкие боли внизу живота. Боли иррадиируют в прямую кишку и сопровождаются тошнотой, рвотой, диареей до 2-3 раз в сутки, повышением температуры тела до 38-39°С. Больна в течение 2-х дней. Заболела на 6-й день менструального цикла после незащищённого полового контакта.

 В анамнезе 1 медицинский аборт, осложненный воспалением придатков матки.

При осмотре хирургом: общее состояние средней степени тяжести, пульс – 112 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области. Симптомы сотрясения и желчного пузыря отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота.

При осмотре гинекологом*:* из уретры гнойные выделения, из цервикального канала – гной, матку и придатки пропальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко болезненный, выделения – гнойные бели.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: эритроциты 4,1×1012 /л, Нв – 120 г/л., лейкоциты 16×109 /л; CОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1018, белок – 0, лейкоциты – 30-40 в п/зр.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 31**

1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Осложнения: интраоперационные, ближайшие, отдаленные. Профилактика гнойно-септических осложнений.
2. Миома матки. Осложнения субмукозной, субсерозной, межмышечной локализации. Оказание помощи. Лечение. Некроз миоматозного узла. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Задача

В родильный дом доставлена роженица 35 лет с доношенной беременностью на вторые роды. При поступлении роженица жаловалась на сильные, очень болезненные схватки в течение шести часов. Беременность четвертая. Первая беременность закончилась срочными родами 5 лет назад, без осложнений. Последующие 2 беременности были прерваны искусственными абортами в сроке 8-9 недель.

 На момент поступления состояние удовлетворительное. Схватки через 2-3-4 минуты по 30 секунд. В перерыве между схватками беспокоят резкие боли в пояснице и внизу живота. Пальпация предлежащей части затруднена в связи с болезненностью нижнего сегмента. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту. Размеры таза нормальные. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 34 см.

 Влагалищное исследование: Шейка матки центрирована по проводной оси таза, длиной 1,5 см, уплотнена в области внутреннего зева, раскрытие цервикального канала 4 см. Во время схватки шейка матки спазмируется. Плодный пузырь цел, плоский. Головка плода над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 32**

1. Ранний гестоз (рвота беременных). Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Синдром «острого живота» в гинекологии. Некроз миоматозного узла. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оказание помощи.
3. Задача

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи 22 марта с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта, после акта дефекации, в правой подвздошной области, затем над лоном Тошноты, рвоты не было. Последняя менструация с 28 февраля по 6 марта, в срок.

Беременностей не было. С целью контрацепции использует барьерные методы.

Объективно: состояние удовлетвори­тельное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

Бимануальное исследование: матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Слева придатки не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Задний и правый боковой свод умеренно болезненные.

Ультразвуковое исследование органов малого таза. Матка 6,2х3,8х4,9 см (нормальных размеров). Эндометрий 12 мм, секреторного типа, полость матки не деформирована. Правый яичник увеличен в размерах, содержит гипоэхогенную полость в диаметре до 16 мм., с неровными контурами, левый яичник не изменен. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве в небольшом количестве.

*Диагноз предварительный. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 33**

1. Преэклампсия. Этиология. Патогенез. Диагностика. Тактика.
2. Миома матки. Факторы риска. Гормонозависимость. Основные клинические симптомы. Миома межмышечная (интерстициальная). Клиника. Диагностика. Методы лечения.
3. Задача

Больная Я., 20 лет, поступила в гинекологическое отделение в экстренном порядке с жалобами на резкие боли внизу живота, возникшие накануне менструации, сухость во рту.

Анамнез. Менструации с 13 лет по 5 дней через 28 дней – умеренные, безболезненные. С 16 лет менструации стали болезненными. Интенсивность болей нарастает во времени. Пользуется анальгетиками. В 19 лет обратилась за помощью к гинекологу. Обнаружены двухсторонние кистовидные образования в яичниках, резко болезненные при осмотре с выраженным спаечным процессом вокруг. Замужем 2 года, контрацептивами не пользуется, беременность не наступала.

Объективное исследование. Кожные покровы и слизистые чистые, температура тела 36,9оС, язык сухой, обложен у корня. Пульс 96 уд./мин., АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, при глубокой пальпации – положительный симптом Щеткина-Блюмберга справа.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище свободно, шейка коническая, чистая, при экскурсии – болезненность, своды свободны, слегка нависают, матка нормальной величины, плотная, безболезненная, ограниченно подвижная из-за окружающих сращений. Слева в области придатков пальпируется округлое, резко болезненное образование размером 6х6 см, неподвижное; справа придатки пропальпировать не удается из-за напряжения мышц брюшного пресса.

УЗИ органов малого таза. Матка 50×46×58мм (нормальной величины), миометрий однородный, эндометрий – 10,2 мм; левый яичник 72×66×62мм признаки однокамерного образования в капсуле, содержимое с грубодисперсной взвесью; правый яичник 70×69×61мм, в нем кистовидное инкапсулированное образование с грубодисперсной взвесью; в капсуле, имеющей двойной контур визуализируется истончение (перфорация?), в позадиматочном пространстве жидкость в умеренном количестве.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 34**

1. Преэклампсия. Классификация. Принципы терапии преэклампсии. Тактика.
2. Миома матки. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Лечебная тактика. Органосберегающие технологии (хирургические и парахирургические): консервативно-пластическая миомэктомия, эмболизация маточных артерий (ЭМА), высокочастотный фокусированный ультразвук (ФУЗ). Понятие. Показания. Противопоказания.
3. Задача

Н., 29 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи в спутанном сознании с жалобами на резкие боли внизу живота, боли над ключицами, головокружение, резкую слабость.

Анамнез. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация 2 месяца назад. В анамнезе 1 роды и 3 искусственных аборта. В течение трех лет лечится по поводу хронического воспаления придатков матки. Ожидаемая менструация не наступила. Больная ощущала небольшую тошноту и нагрубание молочных желез. Сегодня утром появились резкие «кинжальные» боли в животе, сопровождающиеся головокружением, кратковременным обморочным состоянием, тошнотой и рвотой. Боли иррадиировали в прямую кишку.

Объективное исследование. Состояние больной тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, язык влажный, чистый. Больная апатична, несколько заторможена. Пульс 112 ударов в минуту, ритмичный слабого наполнения, АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание учащенное. Температура тела 36,7° С. Живот несколько напряжен, резко болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии в нижних отделах живота определяется притупление, при перемещении больной на бок граница притупления смещается в ту же сторону.

Бимануальное исследование. Задний свод влагалища выбухает, резко болезнен при пальпации. Матка несколько увеличена, мягковата, безболезненна. Справа в области придатков определяется образование неопределенной формы, тестоватой консистенции без четких границ, резко болезненное при исследовании. Слева придатки определить не удалось. Выделений нет.

УЗИ*:* плодного яйца в полости матки нет. За маткой определяется большое количество жидкости–кровь?

Анализ крови (cito) .Нв–80г/л,эритроциты–2,5×1012/л,лейкоциты–5,8×109/л,Ht–0,23,тромбоц.–250×109 /л.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 35**

1. Эклампсия. Клиника (фазы). Осложнения. Принципы оказания экстренной помощи. Интенсивная терапия. Тактика.
2. Миома матки. Классификация по размерам узлов. Диагностика миомы. Дифференциальная диагностика. Миома матки крупных размеров. Клиника. Осложнения. Лечебная тактика.
3. Задача

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Менструации не нарушены.

Гинекологическое исследование. Влагалище свободное, шейка матки чистая, наружный зев щелевидной формы, матка не увеличенная, безболезненная, справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10×12 см с ровной поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное, выделения слизистые.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 36**

1. Плацентарная недостаточность. Определение. Факторы риска. Классификация. Диагностика. Тактика.
2. Эндометриоидная болезнь. Понятие. Морфологические черты эндометриоза. Гормонозависимость. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
3. Задача

Больная 19 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи 22 марта с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта, после акта дефекации, в правой подвздошной области, затем над лоном Тошноты, рвоты не было. Последняя менструация с 28 февраля по 6 марта, в срок.

Беременностей не было. С целью контрацепции использует барьерные методы.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот незначительно вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет.

Бимануальное исследование. Матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Слева придатки не увеличены, безболезненные. Своды свободные, глубокие. Задний и правый боковой свод умеренно болезненные.

Ультразвуковое исследование органов малого таза. Матка 6,2х3,8х4,9 см (нормальных размеров). Эндометрий 12 мм, секреторного типа, полость матки не деформирована. Правый яичник увеличен в размерах, содержит гипоэхогенную полость в диаметре до 16 мм., с неровными контурами, левый яичник не изменен. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве в небольшом количестве.

*Диагноз предварительный. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 37**

1. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода (формы и степени). Диагностика. Тактика. Профилактика.
2. Миома матки. Определение. Гормонозависимость. Факторы риска. Современные подходы – органосберегающие технологии: методы регрессии узла медикаментозной терапией (аналоги гонадолиберина, антипрогестины). Профилактика миомы. Роль комбинированных оральных контрацептивов.
3. Задача

Роженица 28 лет доставлена в родильный дом с сильными схватками при доношенной беременности. В анамнезе 1 роды и 1 искусственный аборт. Схватки начались 12 часов назад, воды отошли за 4 часа до поступления.

При поступлении роженица беспокойна, температура тела 37,1оС, пульс 90 ударов в минуту, АД=130/70 мм рт.ст. Схватки через 2 минуты по 40-45 секунд, болезненные, судорожного характера, сопровождаются потугами. В паузах между схватками матка полностью не расслабляется. Размеры таза нормальные. Окружность живота 103 см, высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Нижний сегмент напряжен, резко болезненный при пальпации, контракционное кольцо расположено на уровне пупка, идет косо. Сердцебиение плода глухое аритмичное, 100-110 ударов в минуту. Роженица самостоятельно мочиться не может. При влагалищном исследовании обнаружено полное открытие маточного зева, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере. Мыс не достижим. Воды с примесью крови и мекония.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 38**

1. Острая гипоксия плода. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Диагностические критерии ВОЗ (минимальные, дополнительные, доказательные). Гнойные осложненные формы - пельвиоперитонит. Этиология и условия развития. Клиника. Диагностика. Ценность лапароскопии. Лечение. Профилактика. Роль инфекций, передающихся половым путем.
3. Задача

Больная А., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до 37,8 о, выделения – обильные зеленого цвета, дизурию, учащение мочеиспускания. Считает себя больной в течение недели.

Анамнез. Менструации с 13 лет, установились сразу. Последняя менструация имела место за 2 недели до поступления в отделение. Половую жизнь ведет с 16 лет. Имеет беспорядочные половые контакты.

Объективное исследование*.* Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту. АД=125/80 мм рт.ст., температура тела 37,5°. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено. При перкуссии признаков наличия жидкости в брюшной полости нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Гинекологическое исследование. Пальпируются увеличенные и болезненные паховые лимфоузлы. Наружные половые органы развиты правильно. Из уретры - гноевидное отделяемое. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, отечная, зев щелевидной формы с гиперемией вокруг, из цервикального канала - гноевидные бели. При смещении шейки матки отмечается болезненность. Тело матки нормальной величины, мягковато, ограничено подвижное, болезненное, придатки с обеих сторон утолщены, болезненные, ограничено подвижны. Своды влагалища свободны.

УЗИ органов малого таза. Признаки эндометрита, трубы расширены, яичники – без особенностей, в малом тазу жидкости не обнаружено.

Анализ крови. Гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты 12,2×109 /л, Ю-1, n-6, М-20, Л-38, Э-0, С-35.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 39**

1. Депрессия новорожденного (постнатальная гипоксия). Причины. Клиника. Диагностика. Реанимационная помощь в родовом зале.
2. Эндометриоидная болезнь. Основные клинические симптомы болезни. Макроскопическая характеристика очагов эндометриоза. Эндометриоз брюшины малого таза. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Задача

На 5-е сутки после операции кесарева сечения по поводу клинически узкого таза родильница предъявляет жалобы на озноб, боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,4оС, головную боль.

В анамнезе 1 роды и 2 искусственных аборта.

Состояние удовлетворительное. Язык суховат, у корня обложен белым налетом. АД=110/70 мм рт.ст., пульс 92 в минуту. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Дно матки на уровне пупка. При пальпации матка мягковата, болезненна, особенно в области послеоперационного рубца. Лохии кровянистые, умеренные, с неприятным ихорозным запахом.

При бимануальном исследовании: своды свободны, не нависают. Маточный зев пропускает 2 пальца. Матка мягкая, резко болезненная при пальпации, увеличена до 20 недель беременности. Выделения из матки кровянистые, умеренные.

При ультразвуковом исследовании: полость матки расширена, размеры превышают соответствующие сроку послеоперационного периода, на стенках признаки фибринозного налета. Шов отечный. В брюшной полости свободной жидкости нет.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 40**

1. Материнская смертность. Структура причин. Факторы риска. Профилактика.
2. Эндометриоидная болезнь. Гормонозависимость. Нозологические формы наружного генитального эндометриоза. Эндометриоз яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Задача

Больная Ж., 52 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологический стационар с обильными кровянистыми выделениями из половых путей.

Миома матки была обнаружена 6 лет назад, увеличение матки соответствовало 10 неделям беременности. Больная была поставлена на диспансерный учет. Через 2 года при очередной явке в женскую консультацию матка соответствовала 14 неделям беременности. Врач женской консультации предложил больной оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Последние годы стала отмечать частое мочеиспускание и запоры, ноющие боли внизу живота.

Объективное исследование. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Через переднюю брюшную стенку пальпируется плотное, безболезненное бугристое образование. Мочеиспускание частое, без рези. Больная отмечает отсутствие стула в течение 3-4 дней.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище - рожавшей женщины. Шейка матки укорочена за счет шеечных и низкорасположенных узлов. Матка со множественными миоматозными узлами соответствует 20 неделям беременности, неподвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, обильные.

УЗИ органов малого таза. Матка: 25,8×19,6×24 см. Миометрий неоднороден: инкапсулированные миоматозные узлы: субсерозный, межмышечные с тенденцией к субмукозному росту. Полость матки увеличена, деформирована. Эндометрий – 5 мм, яичники не изменены.

*Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Гемостаз. Дальнейшая тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 41**

1. Перинатально-значимые инфекции. Пути инфицирования. Особенности течения беременности, выбора тактики родоразрешения.
2. Эндометриоидная болезнь. Основные клинические симптомы и черты эндометриоза. Эндометриоз и неотложные состояния: острый живот при перфорации эндометриомы. Клиника. Диагностика. Оказание помощи и лечение.
3. Задача

Больная 39 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на бели, незначительные кровянистые выделения из половых путей после полового контакта («контактные кровотечения»)

В анамнезе 2 родов, 2 аборта. Контрацептивными средствами (презервативы) пользуется не постоянно.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты по женскому типу. При осмотре с помощью гинекологического зеркала: влагалище свободно, шейка матки цилиндрической формы, вокруг наружного зева – эктопия (псевдоэрозия) размером 2х2 см, с четкими краями, легко кровоточит, на шейке матки и стенках влагалища – множественные остроконечные кондиломы, выделения гноевидные.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика****.***

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 42**

1. Перинатальная смертность. Классификация. Структура причин перинатальной смертности. Профилактика.
2. Воспалительные заболевания женских половых органов. Методы диагностики воспалительных заболеваний. Гнойно-септические заболевания – перитонит. Причины. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
3. Задача

Больная М., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на болезненные менструации, слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей в течение трех недель. Считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные, длительные менструации. После менструации у больной появляется чувство слабости, головокружение.

Анамнез. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28-30 дней), умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Всего было 6 беременностей: две из них закончились срочными родами, четыре - искусственными абортами.

Объективное исследование. Состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту. АД 115/75 мм рт.ст. Кожные покровы бледные. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты по женскому типу. Влагалище и шейка матки без особенностей. Матка увеличена до 9 недель беременности, при пальпации болезненная, мягковатая. Выделения темно-кровянистые, мажущие (8-й день цикла).

УЗИ органов малого таза. Матка 72×68×80 мм увеличена до 8 недель беременности. Толщина передней стенки – 17 мм; задней стенки – 22 мм. Миометрий неоднородный, гиперэхогенные «ячеистые» структуры диаметром 2-3 мм, полость матки не деформирована, эндометрий 3 мм, яичники не изменены.

Анализ крови. Гемоглобин - 78 г/л; эритроциты- 3,1×1012/л; лейкоциты 7,8×109/л; СОЭ 5 мм/час.

*Диагноз предварительный. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 43**

1. Клинически узкий таз. Определение. Причины. Диагностика. Осложнения. Акушерская тактика. Профилактика.
2. Эндометриоидная болезнь. Классификация генитального эндометриоза. Гормонозависимость. Факторы риска. Эндометриоз шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Задача

В гинекологическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на маточное кровотечение в течение 4-х дней, головокружение.

Анамнез. Нарушение менструальной функции с маточными кровотечениями в течение 2 лет. Многочисленные выскабливания слизистой матки (гистологические исследования: железистая, железисто-кистозная гиперплазия, в 49 лет – атипическая гиперплазия). Лечение не получала.

Объективное исследование. Язык влажный. Пульс – 82 ударов в минуту, АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, прослушивается систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование. Шейка матки чистая, матка безболезненная, нормальных размеров, придатки не пальпируются, из цервикального канала – обильные кровянистые выделения.

Произведено: лечебно-диагностическое выскабливание полости матки, материал «пышный» направлен на гистологическое исследование.

Полный анализ крови: Эр. 3,5 × 1012 /л., Нв – 95 г/л. Нt – 32%, лейкоциты 6 × 109 /л. СОЭ 6 мм/час.

Через 7 дней получен результат гистологического исследования: «Атипическая гиперплазия эндометрия с активной пролиферацией».

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 44**

1. Узкий таз в современном акушерстве. Классификация по форме и степени сужения. Особенности течения беременности и родов.
2. Эндометриоидная болезнь. Гормонозависимость. Методы диагностики при наружном и внутреннем эндометриозе (аденомиозе). Эндометриоз и неотложные состояния: аномальное маточное кровотечение (аденомиоз у взрослых и детей). Клиника, диагностика. Оказание помощи. Патогенетическая терапия.
3. Задача

Больная Б., 46 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации.

В последний год она стала отмечать болезненные обильные менструации, жалуется на плохое самочувствие, слабость. Последний раз у гинеколога была полгода назад (величина миомы соответствовала 9-недельной беременности). Десять дней назад началась менструация, которая продолжается до настоящего времени.

Анамнез. Менструации с 10 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 21 день), умеренные, болезненные. Последний год менструации болезненные, длятся по 7-10 дней, обильные. Половую жизнь ведет с 30 лет. Было две беременности, обе закончились искусственными абортами без осложнений, ВМК – 5 лет. Более не предохранялась.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – нерожавшей женщины. Шейка матки чистая, матка увеличена до 9 недель беременности, мягковатая, подвижная, болезненная. Придатки с обеих сторон тяжисты, область их болезненна. Выделения обильные, кровянистые.

УЗИ органов малого таза. Матка размерами 77×58×67 мм, соответствует 9-недельной беременности, толщина передней стенки 14 мм, задней 22 мм, полость матки расширена, не деформирована, в ней гиперэхогенные структуры (сгустки). Миометрий неоднородный, «ячеистые структуры».

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 45**

1. Послеродовые гнойно-септические заболевания матери. Причины. Послеродовый эндометрит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
2. Климактерий. Определение. Этиология. Роль дефицита эстрогенов. Патогенез. Классификация климактерических расстройств (ранние, средневременные, поздние).
3. Задача

Больная О., 29 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение в течение 3-х дней из половых путей, слабость, головокружение. Считала себя беременной (был положительный тест на беременность).

Из анамнеза: 2 родов, 2 аборта; отмечает задержку менструации на 2 месяца. Внезапно появились схваткообразные боли внизу живота, затем кровотечение и отхождение из половых путей «комочка ткани». Кровотечение не прекратилось. Состояние при поступлении: тяжёлое, кожные покровы бледные, язык влажный. Больная апатична, заторможена. Пульс – 112 уд./мин., АД – 80/40 мм рт.ст., дыхание учащенное, температура 36,0 º С. Живот мягкий , безболезненный.

Бимануальное исследование: влагалище свободно, шейка матки: зев открыт, матка несколько увеличена до 7-8 недель беременности, мягкая, безболезненная, придатки без особенностей, продолжается кровотечение.

УЗИ органов малого таза. Матка 7,5×7,0×8,0 см (величиной до 7 недель беременности), миометрий однородный, полость матки значительно расширена, не деформирована, в области дна – гиперэхогенные участки (остатки плодного яйца).

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 46**

1. Хроническая плацентарная недостаточность. Факторы риска. Диагностика. Тактика.
2. «Климактерический синдром» (ранние климактерические расстройства). Клинические симптомы. Негормональные и гормональные методы лечения климактерических расстройств.
3. Задача

В дежурное гинекологическое отделение доставлена пациентка 38 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, головокружение, слабость.

Менструации: с 13 лет, регулярные, по 6-7 дней, через 20 дней, обильные, болезненные в первые 2 дня. Последняя менструация началась 10 дней назад.

Объективно. Состояние тяжелое. Заторможена, пониженного питания, кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс 100 уд. в мин. АД 80/50 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Обильные кровянистые выделения из половых путей.

Матка мягковата, увеличена до 8 недель беременности, подвижная, болезненная. Придатки без особенностей.

Анализ крови. Эр. 2,2 × 1012 /л., Нв – 65 г/л; Нt – 25%, ЦП – 0,6, тромбоциты – 190 х 109 /ллейкоциты 6,9 × 109 /л; СОЭ 5 мм/час.

 Проведено УЗИ исследование органов малого таза. Матка 7,2х6,0х7,9 см (соответствует 8-недельной беременности), миометрий неоднородный, множественные участки гиперэхогенных зон диаметром 2-3 мм.. Эндометрий М-ЭХО-3мм, полость матки не деформирована, расширена за счет сгустков крови. Яичники без особенностей. Имеется жидкость в позадиматочном пространстве.

*Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Гемостаз. Дальнейшая тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 47**

1. Ранний послеродовой период. Ведение. Профилактика осложнений.
2. Климактерический синдром. Средневременные и поздние климактерические нарушения. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения.
3. Задача

В родильный дом доставлена роженица с доношенной беременностью с бурной родовой деятельность в потужном периоде. Беременность первая. Со слов: схватки начались 2 часа назад, сразу стали очень сильными, частыми и болезненными. Околоплодные воды излились по пути в родильный дом и сразу присоединились потуги.

В переднем виде затылочного предлежания родился живой доношенный плод мужского пола массой 2600 г, длиной 50 см. Через 3 минуты отделился и выделился послед, цел. При осмотре мягких тканей родовых путей обнаружен разрыв влагалища, а также разрыв промежности, доходящий до ануса. При осмотре обнаружено нарушение целости сфинктера прямой кишки.

*Диагноз. Тактика. Особенности ведения послеродового периода.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 48**

1. Преждевременные роды. Классификация. Факторы риска. Профилактика. Тактика при угрожающих преждевременных родах.
2. Контрацепция. Гормональные методы. Формы (таблетки, инъекции, накожные пластыри, влагалищные кольца, импланты, внутриматочные). Методики использования. Преимущества и недостатки.
3. Задача

Больная З., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры тела до 38,8оС, слабость.

Анамнез. Менструации с 14 лет. Половая жизнь с 24 лет в браке. Беременностей было пять: одна завершилась срочными родами, три искусственных аборта, один самопроизвольный. Контрацепция – ВМК. В течение 5 дней – ухудшение самочувствия, в последние сутки – резкие боли со вздутием живота, озноб, повышение температуры.

Объективное исследование. Состояние тяжелое. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., температура – 39,2оС. Язык сухой, обложен. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, болезненный во всех отделах, больше в нижних, здесь же – напряжение мышц брюшного пресса, положительные симптомы раздражения брюшины, при перкуссии – притупление перкуторного звука.

Гинекологическое исследование. Паховые лимфоузлы увеличены. Осмотр влагалища и щейки матки с помощью гинекологического зеркала: влагалище свободно, шейка чистая, зев закрыт, из цервикального канала гноевидные выделения. Своды укорочены, инфильтрированы, Матка отдельно не пальпируется. В малом тазу с трудом пальпируется из-за напряжения мышц – плотный конгломерат, размером 20×20 см – болезненный, неподвижный, доходящий до стенок таза.

УЗИ органов малого таза. Признаки спаечного процесса, эндометрита. В полости матки – ВМК. Придатковое образование справа, без четких контуров, фиксировано за маткой. Единый конгломерат 23×25 см неправильной формы, различной эхогенной плотности, в нем округлое образование 10×12 см – инкапсулировано, капсула толщиной 1 см (10 мм), в капсуле истончения, дефекты. Отсутствие кровотока внутри образования. В позадиматочном пространстве, в брюшной полости – жидкость (гной?).

Анализ крови. Гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – 3,0×1012 /л, лейкоциты – 25×109 /л, «сдвиг влево», СОЭ – 62 мм/час, СРБ – 130 мг/л.

 МРТ / КТ. Спаечный процесс в малом тазу. Образование размером 12×12 см с капсулой 10 мм, содержимое – гной (?). Признаки эндометрита. В малом тазу жидкость (гной).

*Диагноз. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы исследования. Тактика*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 49**

1. Послеродовые гнойно-септические заболевания матери. Причины. Перитонит после кесарева сечения. Клиника. Диагностика. Тактика.
2. Контрацепция. Барьерные (презерватив), химические (спермициды), ВМС без гормонального компонента, биологические. Механизм действия. Преимущества и недостатки. Роль в профилактике инфекций, передаваемых преимущественно половым путем.
3. Задача

Больная И., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей на фоне задержки менструации на 2 месяца.

Анамнез. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. За этот период дважды перенесла выскабливание полости матки по поводу кровотечения с гистологическим диагнозом «железистая гиперплазия».

Объективное обследование. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные.

Гинекологическое исследование: Слизистая влагалища и шейки матки чистая, из наружного зева кровянистые выделения. Тело матки не увеличено, безболезненно при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды влагалища глубокие, параметрии свободны. Выделения кровянистые, обильные.

Проведено диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки. Длина матки по зонду 6 см (норма). Стенки матки гладкие, без деформации. Полученный обильный соскоб направлен на гистологическое исследование. После лечебно-диагностического выскабливания слизистой оболочки полости матки кровотечение прекратилось.

Гистологическое исследование. При изучении соскоба слизистой оболочки полости матки установлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

*Диагноз. Тактика.*

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 50**

1. Внутриутробная инфекция плода. Пути инфицирования. TORCH-комплекс. Перинатальное значение. Тактика.
2. Контрацепция. Определение. Классификация современных методов. Хирургические методы – мужская и женская стерилизация. Условия (показания, противопоказания). Техника операции. Механизм действия. Положительные и отрицательные стороны.
3. Задача

Е., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на постоянные боли внизу живота ноющего характера, боли в пояснице, мажущие кровянистые выделения на фоне задержки менструации, последняя менструация 2 месяца назад. Считает себя беременной.

Менструации цикл с 12 лет, установились сразу по 5 дней, через 29 дней. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая – искусственным абортом в сроке 8-9 недель, третья и четвертая самопроизвольным выкидышем в сроке 10 недель, настоящая беременность пятая. Боли внизу живота и пояснице беспокоят в течение недели, мажущие кровянистые выделения появились накануне госпитализации в стационар.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание не нарушено.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты по женскому типу, цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, наружный зев закрыт, из цервикального канала скудные темные кровянистые выделения. Матка увеличена до 8 недель беременности, округлой формы, мягкая, подвижная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободны, безболезненные.

*Диагноз. Дополнительные методы исследования. Тактика*

**2.Фонд тестовых заданий**

**По разделу/дисциплине Акушерство и гинекология**

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

по дисциплине/разделу Акушерство

**Вариант 1**.

*1. Раннее отхождение околоплодных вод:*

 а) до начала родовой деятельности

 б) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева до 7-8 см

 в) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева более 7-8 см

 г) во втором периоде родов.

*2. Как часто необходимо выслушивать сердцебиение плода во втором периоде родов?*

 а) после каждой потуги

 б) через 15 минут

 в) через 30минут

 г) через 1-2минуты.

*3. Для предупреждения разрывов промежности производится*:

 а) кесарево сечение

 б) эпизиотомия, перинеотомия

 в) допускается разрыв первой степени

 г) применяется перидуральная анестезия.

*4. Первый момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:*

 а) разгибание головки

 б) внутренний поворот головки затылком кпереди

 в) внутренний поворот головки затылком кзади

 г) сгибание головки.

*5. Каким размером происходит рождение головки плода при заднем виде затылочного предлежания:*

 а) малым косым

 б) средним косым

 в) большим косым

 г) прямым

 д) вертикальным.

6. *Для «зрелой» шейки матки характерно:*

 а) мягкая консистенция

 б) отклонена от проводной оси таза

 в) цервикальный канал закрыт

 г) длина шейки матки 3-4 см.

7. *Предвестники родов включают:*

 а) выделение из влагалища слизистой пробки

 б) увеличение объема околоплодных вод

 в) понижение возбудимости матки

 г) повышение двигательной активноcти плода.

8. *Прелиминарный период включает:*

 а) наличие нерегулярных безболезненных сокращений матки

 б) наличие регулярных, редких, безболезненных схваток

 в) сглаживание шейки матки и медленное ее раскрытие

 г) спазм внутреннего зева шейки матки.

9. *В первом периоде родов происходит:*

 а) уплотнение внутреннего зева шейки матки

 б) сглаживание и раскрытие шейки матки

 в) увеличение количества околоплодных вод

 г) врезывание головки плода.

10. *Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:*

 а) по длительности родов

 б) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки

 в) по состоянию плода

 г) по времени излития околоплодных вод.

*11. Послеродовой период начинается:*

а) после рождения плода

б) после рождения последа

в) через 2-4 часа после родов

г) через сутки после родов.

12. *Послеродовой период подразделяется на:*

а) ранний, поздний

б) поздний

в) запоздалый

г) отдаленный.

13. *Какова продолжительность раннего послеродового периода?*

а) 6 часов

б) 12 часов

в) 2 часа

г) 24 часа.

14. *Какова продолжительность послеродового периода?*

а) 1 месяц

б) 2 недели

в) 6-8 недель

г) весь период отсутствия менструаций.

15. *В послеродовой матке происходят следующие изменения, кроме:*

а) сокращение мышц

б) гипертрофия клеток

в) ишемия клеток

г) резорбция клеток

*16. Тяжелая преэклампсия характеризуется:*

 а) задержкой роста плода II степени

 б) протеинурией более 5 г/л

 в) тромбоцитопенией до 150 000 в мл

 г) повышением АД до 130/100 мм рт.ст.

17. *При преэклампсии в моче не выявляется:*

 а) белок

 б) восковидные цилиндры

 в) гиалиновые цилиндры

 г) бактериурия.

18. *Для диагностики преэклампсии необходимо определение:*

 а) общего белка и белковых фракций

 б) содержания тромбоцитов и коагулограмма

 в) суточной протеинурии и электролитного состава плазмы

 г) всего перечисленного в п. "а"-"в".

19. *Наиболее редкое осложнение у беременных при преэклампсии:*

 а) синдром задержки роста плода

 б) хроническая гипоксия плода

 в) отслойка сетчатки глаза

 г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

20. *При лечении преэклампсии не используется:*

 а) создание лечебно-охранительного режима

 б) гипотензивная терапия

 в) введение диуретиков

 г) коррекция маточно-плацентарного кровообращения.

*21. .К преждевременным родам относятся роды при сроке беременности:*

 а) с 22 нед. до 37 нед

 б) с 28 нед до 33 нед

 в) с 34 нед до 37 нед

 г) > 37 нед

1. *К факторам риска преждевременных родов относятся*

 а) преждевременные роды в анамнезе

 б) курение

 в) инфекционные заболевания

 г) преждевременное излитие околоплодных вод.

1. *Какие препараты применяются для токолиза при угрозе преждевременных родов:*

 а) простагландины

 б) окситоцин

 в) β-миметики

 г) сернокислая магнезия

1. *К возможным осложнениям при преждевременных родах не относится:*

 а) несвоевременное излитие околоплодных вод

 б) быстрые роды

 в) слабость или дискоординация родовой деятельности

 г) клинически узкий таз.

1. *В какие сроки гестации проводится профилактика респираторного* *дистресс синдрома плода:*

 а) 22-26 недель

 б) 26-30 недель

 в) 24-34 недели

 г) 26-37 недель.

**Критерии оценки:**

- Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на 91-100% заданий;

- Оценка «хорошо» выставляется при правильном ответе на 81-90% заданий;

- Оценка « удовлетворительно» при правильном ответе на 71-80% заданий;

- Оценка «неудовлетворительно» при правильном ответе на 70 % и менее заданий.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Семенова М.В

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

***Ответы к 1 варианту:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  |
| 1 | б | 6 | а | 11 | б | 16 | б | 21 | а |
| 2 | а | 7 | а | 12 | а | 17 | г | 22 | а |
| 3 | б | 8 | г | 13 | в | 18 | г | 23 | в |
| 4 | г | 9 | б | 14 | в | 19 | в | 24 | г |
| 5 | б | 10 | б | 15 | б | 20 | в | 25 | в |

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

по дисциплине/разделу Акушерство

**Вариант 2**.

*1. Отделение плаценты в норме происходит:*

 а) во время беременности

 б) в первом периоде родов

 в) в прелиминарном периоде

 г) в третьем периоде родов.

2. *Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности является:*

 а) преэклампсия

 б) травма живота

 в) перенашивание беременности

 г) многоводие, многоплодие

3. *К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:*

 а) слабость родовой деятельности

 б) роды в срок

 в) ручное обследование полости матки

 г) гипотрофичный плод.

4. *Для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде применяется:*

 а) эстрадиол

 б) метилэргометрин

 в) прегнантол

 г) маммофизин

5. *Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:*а) прижать аорту

 б) произвести баллонную тампонаду матки

 в) ввести сокращающие средства

 г) произвести ручное обследование полости матки

*6. К признакам угрожающего разрыва матки по механическому типу относятся:*

а) болезненные схватки потужного характера

б) косое стояние контракционного кольца

в) появление кровянистых выделений из половых путей

г) отек шейки матки.

7. *Признаками начавшегося разрыва матки по механическому типу являются:*

а) схватки судорожного характера

б) прекращение родовой деятельности

в) матка между схватками не расслабляется

г) примесь крови в околоплодных водах

8. *Признаки совершившегося разрыва матки:*

а) сильные, болезненные схватки

б) прекращение родовой деятельности

в) повышенная двигательная активность плода

г) гипертермия у женщины.

9. *К симптомам угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности относятся:*а) тошнота, рвота

б) боли в эпигастрии

в) боли в области рубца

г) кровянистые выделения из половых путей.

10. *Состояние рубца на матке во время беременности можно оценить с помощью:*

а) анамнестических данных

б) клинических данных

в) УЗИ, МРТ

г) гистеросальпингография

*11. При упорной слабости родовой деятельности во 2 периоде родов (головка плода находится в полости малого таза) используют родоразрешающие операции:*

 а) кесарево сечение

 б) ввакуум-экстракцию плода

 в) наружный акушерский поворот и извлечение плода за тазовый конец

 г) извлечение плода за тазовый конец

12.*. При лечении слабости родовой деятельност, прежде всего, используются:*

 а) спазмолитические препараты (но-шпа, спазган и др.)

 6) утеротонические препараты (окситоцин)

 в) эпидуральная аналгезия

 в) токолитические препараты (гинипрал, бриканил, партусистен)

13. *Первичная слабость родовой деятельности наблюдается, прежде всего, при:*

 а) эндокринных нарушениях

 б) у первородящих старше 30 лет

 в) клинически узком тазе

 г) наличии в анамнезе нарушений менструального цикла

14. *Возможные осложнения для матери при стремительных родах:*

 а) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

 б) выпадение пуповины

 в) глубокие разрывы мягких тканей родовых путей

 г) запущенное поперечное положение плода.

15. *Препаратами выбора* *для лечения чрезмерно сильной родовой деятельности являются:*

 а) спазмолитические препараты (но-шпа, спазган и др.)

 б) глюкозо - гормонально - витамине - кальциевый фон (ГГВК - фон)

 в) медикаментозный сон-отдых

 г) токолитические препараты (гинипрал, бриканил, партусистен)

*16. Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:*

а) расположение стреловидного шва в поперечном размере плоскости входа

б) расположение стреловидного шва в прямом размере плоскости входа

в) штурмовые роды

г) низкое поперечное стояние головки.

17. *Когда диагностируется клинически узкий таз?*

 а) во время беременности

б) в начале первого периода родов

в) в конце первого периода родов

г) во втором периоде родов.

18. *Основное осложнение во время беременности у женщин с узким тазом:*

а) гестоз

б) дородовое излитие вод

в) перенашивание беременности

г) неправильные положения плода или разгибательные вставления головки.

19. *Осложнение у женщин с узким тазом в первом периоде родов:*

а) гипотоническое кровотечение

б) родовая травма плода

в) травматизм матери

г) раннее излитие околоплодных вод.

20. *Осложнение у женщин с узким тазом во втором периоде родов?*

а) гипотоническое кровотечение

б) травматизм матери и плода

в) слабость родовой деятельности

г)раннее излитие околоплодных вод.

21. *Основное противопоказание к операции кесарева сечения:*

 а) эндометрит в родах

 б) внутриутробная смерть плода

 в) гидроцефалия плода

 г) кольпит

22. *Методы профилактики кровотечения во время операции кесарева сечения не включают:*

а) внутривенное капельное введение окситоцина

 б) внутривенное одномоментное введение метилэргометрина

 в) введение утеротоников в заднюю губу шейки матки

 г) введение утеротоников в мышцу матки.

23. *Для показаний к операции кесарева сечения в современных условиях характерно:*

 а) расширение социальных показаний

 б) расширение показаний со стороны плода

 в) значимое преобладание экстренных операций над плановыми

 г) наличие рубца на матке определяющим показанием к повторной операции

24. *Наиболее часто при родоразрешении акушерскими щипцами возникает разрыв:*

 а) шейки матки

 б) влагалища

 в) промежности

 г) матки.

25. *К условиям для наложения акушерских щипцов не относится:*

 а) срок беременности

 б) живой плод

 в) наличие потуг

 г) отсутствие плодного пузыря

Критерии оценки:

- Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на 91-100% заданий;

- Оценка «хорошо» выставляется при правильном ответе на 81-90% заданий;

- Оценка « удовлетворительно» при правильном ответе на 71-80% заданий;

- Оценка «неудовлетворительно» при правильном ответе на 70 % и менее заданий.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В. Семенова

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

***Ответы к 2 варианту:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  |
| 1 | г | 6 | б | 11 | б | 16 | в | 21 | а |
| 2 | а | 7 | г | 12 | б | 17 | г | 22 | в |
| 3 | а | 8 | б | 13 | а | 18 | г | 23 | б |
| 4 | б | 9 | в | 14 | в | 19 | г | 24 | в |
| 5 | г | 10 | в | 15 | г | 20 | б | 25 | а |

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

по дисциплине/разделу Акушерство

**Вариант 3**.

1*. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:*

 а) базальная частота сердечных сокращений

 б) дыхательная активность плода

 в) длительность периодов апноэ

 г) количество околоплодных вод.

2*. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью*:

 а) наружной гистерографии

 б) определения уровня эстрогенов в сыворотке крови

 в) определения уровня прогестерона в сыворотке крови

 г) ультразвуковой допплерометрии.

3. *Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется:* а) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 минут и более б) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку в) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 минут исследования г) ЧСС плода до начала родов.

4. *Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная как III степень, соответствует сроку беременности:*

 а) до 30 недель

 б) 31-34 недели

 в) 35-37 недель

 г) 38-40 недель.

5. *Амниоскопия позволяет оценить:*

 а) количество и цвет околоплодных вод

 б) пороки развития плода

 в) пороки развития матки

 г) сократительную активность матки.

*6. Для латентной фазы родовой деятельности характерно:*

 а) сглаживание и раскрытие шейки матки до 4 см

 б) нерегулярные короткие схватки

 в) скорость раскрытия шейки матки 2 см в час

 г) регулярные болезненные схватки.

7. *Для активной фазы родовой деятельности характерно:*

 а) скорость раскрытия шейки матки 0,5-1,0 см в час

 б) отхождение околоплодных вод

 в) раскрытие шейки матки до 6 см

 г) регулярные, умеренно болезненные схватки.

8. *Нормальная родовая деятельность характеризуется:*

 а) регулярными, усиливающимися и удлиняющимися схватками

 б) средней скоростью раскрытия шейки матки 2 см в час

 в) выраженной болезненностью нижнего сегмена

 г) сохранением повышенного тонуса матки между схватками.

9. *В норме водитель ритма формируется:*

 а) в углу матки

 б) в дне матки

 в) на передней стенке тела матки

 г) на задней стенке тела матки.

10. *Отхождение околоплодных вод считается своевременным:*

 а) до начала родовой деятельности

 б) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева до 7-8 см

 в) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева более 7-8 см

 г) во втором периоде родов.

*11. Частота тазовых предлежаний при срочных родах:*

 а) 0,5-1%

 б) 4-5%

 в) 2-3,5%

 г) более 5%.

12. *Ножки плода, согнутые в тазобедренных суставах и разогнутые в коленных, соответствуют тазовому предлежанию:*

 а) неполному ножному

 б) полному коленному

 в) смешанному ягодично-ножному

 г) чисто ягодичному.

13. *Вариант тазового предлежания плода, если предлежат ягодицы и стопы плода, а ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах:*

 а) неполное ножное

 б) полное коленное

 в) смешанное ягодично-ножное

 г) чисто ягодичное.

14. *Вариант тазового предлежания плода, если обе ножки согнуты в коленных и разогнуты в тазобедренных суставах:*

 а) неполное ножное

 б) полное коленное

 в) смешанное ягодично-ножное

 г) чисто ягодичное.

15. *Для диагностики тазового предлежания информативны наружные приемы Леопольда - Левицкого:*

 а) первый и второй

 б) второй и третий

 в) первый и третий

 г) второй и четвертый.

1. *К преждевременным родам относятся роды при сроке беременности:*

 а) с 22 нед. до 37 нед

 б) с 28 нед до 33 нед

 в) с 34 нед до 37 нед

 г) > 37 нед

1. *К факторам риска преждевременных родов относятся*

 а) преждевременные роды в анамнезе

 б) курение

 в) инфекционные заболевания

 г) преждевременное излитие околоплодных вод.

1. *Какие препараты применяются для токолиза при угрозе преждевременных родов:*

 а) простагландины

 б) окситоцин

 в) β-миметики

 г) сернокислая магнезия

1. *К возможным осложнениям при преждевременных родах не относится:*

 а) несвоевременное излитие околоплодных вод

 б) быстрые роды

 в) слабость или дискоординация родовой деятельности

 г) клинически узкий таз.

1. *В какие сроки гестации проводится профилактика респираторного* *дистресс синдрома плода:*

 а) 22-26 недель

 б) 26-30 недель

 в) 24-34 недели

 г) 26-37 недель.

*21. Отделение плаценты в норме происходит:*

 а) во время беременности

 б) в первом периоде родов

 в) в прелиминарном периоде

 г) в третьем периоде родов.

22. *Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности является:*

 а) поздний гестоз

 б) травма живота

 в) перенашивание беременности

 г) многоводие, многоплодие

23. *К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:*

 а) слабость родовой деятельности

 б) роды в срок

 в) ручное обследование полости матки

 г) гипотрофичный плод.

24. *Для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде применяется:*

 а) эстрадиол

 б) метилэргометрин

 в) прегнантол

 г) маммофизин

25. *Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:*

 а) прижать аорту

 б) произвести баллонную тампонаду матки

 в) ввести сокращающие средства

 г) произвести ручное обследование полости матки

**Критерии оценки:**

- Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на 91-100% заданий;

- Оценка «хорошо» выставляется при правильном ответе на 81-90% заданий;

- Оценка « удовлетворительно» при правильном ответе на 71-80% заданий;

- Оценка «неудовлетворительно» при правильном ответе на 70 % и менее заданий.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

***Ответы к 3 варианту:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  |
| 1 | а | 6 | а | 11 | б | 16 | а | 21 | г |
| 2 | а | 7 | г | 12 | г | 17 | а | 22 | а |
| 3 | а | 8 | а | 13 | в | 18 | в | 23 | а |
| 4 | г | 9 | а | 14 | б | 19 | г | 24 | б |
| 5 | а | 10 | в | 15 | в | 20 | в | 25 | г |

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

по дисциплине/разделу Акушерство

**Вариант 4**.

*1. Скрытые отеки диагностируются у беременной при увеличении массы тела за неделю:*

 а) на 300 г

 б) на 400г

 в) более чем на 400 г

 г) более чем на 1000 г.

2. *Для скрытых отеков у беременных характерно:*

 а) нарушение функции сердечно-сосудистой системы

 б) нарушение функции печени

 в) повышение АД

 г) патологическая прибавка массы тела.

3. *Симптомы прегестоза включают:*

 а) асимметрию показателей АД

 б) повышение диуреза

 в) снижение массы тела

 г) снижение среднего АД

4 *Тяжелая преэклампсия характеризуется:*

 а) повышением АД до 130/100 мм рт.ст.

 б) задержкой роста плода II степени

 в) тромбоцитопенией до 150 000 в мл

 г) протеинурией до 1 г/л.

5. *При гестозе в моче не выявляется:*

 а) белок

 б) восковидные цилиндры

 в) гиалиновые цилиндры

 г) бактериурия.

*6. Для латентной фазы родовой деятельности характерно:*

 а) сглаживание и раскрытие шейки матки до 4 см

 б) нерегулярные короткие схватки

 в) скорость раскрытия шейки матки 2 см в час

 г) регулярные болезненные схватки.

7. *Для активной фазы родовой деятельности характерно:*

 а) скорость раскрытия шейки матки 0,5-1,0 см в час

 б) отхождение околоплодных вод

 в) раскрытие шейки матки до 6 см

 г) регулярные, умеренно болезненные схватки.

8. *Нормальная родовая деятельность характеризуется:*

 а) регулярными, усиливающимися и удлиняющимися схватками

 б) средней скоростью раскрытия шейки матки 2 см в час

 в) выраженной болезненностью нижнего сегмена

 г) сохранением повышенного тонуса матки между схватками.

9. *Принципы ведения первого периода родов при гестозе не включают:*

 а) обезболивание

 б) введение дибазола и папаверина

 в) введение сульфата магния

 г) перидуральную аналгезию

 д) амниотомию.

10. *Принципы ведения второго периода родов при гестозе предусматривают:*

 а) введение гипотензивных препаратов

 б) укорочение периода изгнания наложением акушерских щипцов

 в) профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

 г) магнезиальную терапию.

*11. К признакам угрожающего разрыва матки по механическому типу относятся:*

а) болезненные схватки потужного характера

б) косое стояние контракционного кольца

в) появление кровянистых выделений из половых путей

г) отек шейки матки.

12. *Признаками начавшегося разрыва матки по механическому типу являются:*

а) схватки судорожного характера

б) прекращение родовой деятельности

в) матка между схватками не расслабляется

г) примесь крови в околоплодных водах

13. *Признаки совершившегося разрыва матки:*

а) сильные, болезненные схватки

б) прекращение родовой деятельности

в) повышенная двигательная активность плода

г) гипертермия у женщины.

14. *К симптомам угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности относятся:*

а) тошнота, рвота

б) боли в эпигастрии

в) боли в области рубца

г) кровянистые выделения из половых путей.

15. *Состояние рубца на матке во время беременности можно оценить с помощью:*

а) анамнестических данных

б) клинических данных

в) УЗИ, МРТ

г) гистеросальпингография

*16. Эхографическими признаками несостоятельности рубца на матке являются:*

а) истончение нижнего маточного сегмента

б) визуализация соединительной ткани в области рубца

в) утолщение нижнего маточного сегмента

г) неравномерная толщина стенки матки в месте предполагаемого рубца.

17. *Неушитые разрывы шейки матки в отдаленные периоды после родов могут привести к:*

а) развитию эрозированного эктропиона

б) истмико-цервикальной недостаточности

в) привычному невынашиванию беременности

г) ациклическим кровяным выделениям из половых путей.

18. *При разрыве промежности II степени не происходит нарушение целостности:*

а) слизистой задней стенки влагалища

б) мышц тазового дна

в) сфинктера прямой кишки

г) задней спайки

19. *Методом родоразрешения пациенток, имевших в анамнезе разрыв промежности III степени являются:*

а) плановое кесарево сечение

б) экстренное кесарево сечение при наличии отклонений от

нормального течения родов

в) самопроизвольные роды

г) самопроизвольные роды с рассечением промежности.

20. *Факторами, способствующими разрыву промежности, являются:*

а) неправильные действия акушерки

б) высокая ригидная промежность

в) длительный безводный период

г) кольпит.

*21. Вариант кесарева сечения, наиболее часто применяемый в современном акушерстве:*

 а) интраперитонеальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки

 б) интраперитонеальное ретровезикальное кесарево сечение

 в) экстраперитонеальное кесарево сечение

 г) корпоральное кесарево сечение

22. *При доношенной беременности не может быть проведено кесарево сечение:*

 а) интраперитонеальное

 б) экстраперитонеальное

 в) влагалищное

 г) плановое

23. *Показания для корпорального кесарева сечения:*

 а) многоплодная беременность

 б) многоводие

 в) тазовое предлежание плода

 г) предлежание плаценты и поперечное положение плода.

24. *Корпоральное кесарево сечение может стать причиной:*

 а) развития выраженного спаечного процесса в брюшной полости

 б) разрыва матки при последующей беременности

 в) развития истинного приращения плаценты

 г) перитонита в послеоперационном периоде.

25. *К абсолютным показаниям к операции кесарева сечения не относится:*

 а) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при наличии мертвого плода

 б) поперечное положение второго плода при двойне

 в) предлежание плаценты

 г) угрожающий разрыв матки.

**Критерии оценки:**

- Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на 91-100% заданий;

- Оценка «хорошо» выставляется при правильном ответе на 81-90% заданий;

- Оценка « удовлетворительно» при правильном ответе на 71-80% заданий;

- Оценка «неудовлетворительно» при правильном ответе на 70 % и менее заданий.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В. Семенова

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

***Ответы к 4 варианту:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  |
| 1 | б | 6 | а | 11 | б | 16 | г | 21 | а |
| 2 | в | 7 | г | 12 | б | 17 | а | 22 | г |
| 3 | а | 8 | а | 13 | б | 18 | в | 23 | б |
| 4 | в | 9 | б | 14 | в | 19 | а | 24 | б |
| 5 | б | 10 | а | 15 | в | 20 | г | 25 | б |

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

по дисциплине/разделу Акушерство

**Вариант 5**.

*1. Показанием к плановому кесареву сечению является:*

а)нарастание симптомов гестоза и неэффективность его лечения

 б) поперечное положение плода

 в) тазовое предлежание плода массой 3200

 г) рубец на матке

2. *Наиболее частое относительное показание к кесареву сечению в родах:*

 а) сужение таза I степени

 б) легкая степень преэклампсии

 в) слабость родовой деятельности

 г) переднеголовное предлежание

3. *Основное противопоказание к операции кесарева сечения:*

 а) эндометрит в родах

 б) внутриутробная смерть плода

 в) гидроцефалия плода

 г) кольпит

4. *Методы профилактики кровотечения во время операции кесарева сечения не включают:*

 а) внутривенное капельное введение окситоцина

 б) внутривенное одномоментное введение метилэргометрина

 в) введение утеротоников в заднюю губу шейки матки

 г) введение утеротоников в мышцу матки.

5. *Для показаний к операции кесарева сечения в современных условиях характерно:*

 а) расширение социальных показаний

 б) расширение показаний со стороны плода

 в) преобладание экстренных операций над плановыми

 г) наличие рубца на матке определяющим показанием к повторной операции

6. *Наиболее часто при родоразрешении акушерскими щипцами возникает разрыв:*

 а) шейки матки

 б) влагалища

 в) промежности

 г) матки.

7. *К условиям для наложения акушерских щипцов не относится:*

 а) срок беременности

 б) живой плод

 в) наличие потуг

 г) отсутствие плодного пузыря

8. *Наиболее частая форма послеродового воспалительного процесса:*

 а) мастит

 б) метротромбофлебит

 в) эндометрит

 г) параметрит.

9. *В норме водитель ритма формируется:*

 а) в углу матки

 б) в дне матки

 в) на передней стенке тела матки

 г) на задней стенке тела матки.

10. *Отхождение околоплодных вод считается своевременным:*

 а) до начала родовой деятельности

 б) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева до 7-8 см

 в) в первом периоде родов при раскрытии маточного зева более 7-8 см

 г) во втором периоде родов.

*11. Частота тазовых предлежаний при срочных родах:*

 а) 0,5-1%

 б) 4-5%

 в) 2-3,5%

 г) более 5%.

12. *Клиническая картина послеродового эндометрита включает:*

 а) симптомы интоксикации

 б) отсутствие субинволюции матки

в) мягкую консистенцию и болезненность матки при пальпации

г) характер лохий, соответствующий дню послеродового периода

13. *Группу риска по развитию эндометрита в послеродовом периоде составляют беременные и роженицы:*

 а) имеющие хронические очаги инфекции

 б) с длительным безводным периодом в родах

 в) после оперативного родоразрешения

 г) все перечисленные в п. "а"-"в

14. *Лечение послеродового эндометрита не включает:*

 а) антибактериальную терапию

 б) выскабливание полости матки

 в) дезинтоксикационную терапию

 г) применение иммуномодуляторов

15. *Развитие перитонита в послеродовом периоде чаще всего обусловлено:*

 а) метроэндометритом

 б) несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения

 в) послеродовым аднекситом

 г) метротромбофлебитом

*16. Показанием к экстирпации матки в послеродовом периоде не является:*

 а) тазовый тромбофлебит

 б) перитонит

 в) сепсис без метастазов

 г) септический шок

17. *Для субинволюции матки не характерно:*

 а) отсутствие симптомов интоксикации

 б) наличие симптомов интоксикации

 в) несоответствие размера матки дню послеродового периода

 г) мягкая безболезненная при пальпации матка

18. *Объем оперативного лечения перитонита после операции кесарева сечения:*

 а) кольпотомия

 б) экстирпация матки без придатков

 в) экстирпация матки с трубами и дренирование брюшной полости

 г) надвлагалищная ампутация матки и дренирование брюшной полости

19. *Для лактостаза характерно:*

 а) значительное нагрубание молочных желез

 б) симптомы интоксикации

 в свободное отделение молока

 г) трещины на сосках

20. *Лечение лактостаза включает:*

 а) сцеживание молочных желез

 б) обильное питье

 в) гипотермию

 г) гормональную терапию при необходимости подавления лактации

*21. Для диагностики тазового предлежания информативны наружные приемы Леопольда - Левицкого:*

 а) первый и второй

 б) второй и третий

 в) первый и третий

 г) второй и четвертый.

*22.К преждевременным родам относятся роды при сроке беременности:*

 а) с 22 нед. до 37 нед

 б) с 28 нед до 33 нед

 в) с 34 нед до 37 нед

 г) > 37 нед

1. *К факторам риска преждевременных родов относятся*

 а) преждевременные роды в анамнезе

 б) курение

 в) инфекционные заболевания

 г) преждевременное излитие околоплодных вод.

1. *Какие препараты применяются для токолиза при угрозе преждевременных родов:*

 а) простагландины

 б) окситоцин

 в) β-миметики

 г) сернокислая магнезия

*25. Для латентной фазы родовой деятельности характерно:*

 а) сглаживание и раскрытие шейки матки до 4 см

 б) нерегулярные короткие схватки

 в) скорость раскрытия шейки матки 2 см в час

 г) регулярные болезненные схватки.

**Критерии оценки:**

- Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на 91-100% заданий;

- Оценка «хорошо» выставляется при правильном ответе на 81-90% заданий;

- Оценка « удовлетворительно» при правильном ответе на 71-80% заданий;

- Оценка «неудовлетворительно» при правильном ответе на 70 % и менее заданий.

Составитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.В. Семенова

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

***Ответы к 5 варианту:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  | № | Ответ  |
| 1 | б | 6 | в | 11 | б | 16 | в | 21 | в |
| 2 | в | 7 | а | 12 | г | 17 | б | 22 | а |
| 3 | а | 8 | в | 13 | г | 18 | в | 23 | а |
| 4 | в | 9 | а | 14 | б | 19 | а | 24 | в |
| 5 | б | 10 | в | 15 | а | 20 | а | 25 | а |

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

#### Кафедра Акушерства и гинекологии

**План клинической истории родов**

Пишется история патологических родов.

1. Фамилия, имя, отчество пациентки.
2. Возраст.
3. Место жительства.
4. Место работы (учебы).
5. Семейное положение.
6. Дата поступления в акушерский стационар.
7. Дата начала курации.
8. Жалобы на момент курации.

***Анамнез:***

1. Течение настоящей беременности (дата последней менструации, дата первого шевеления плода и срок беременности при этом, осложнения течения беременности с указанием срока, при котором они возникли, лечение и эффективность проведенных лечебных мероприятий).
2. Сопутствующие заболевания.
3. Перенесенные гинекологические и негинекологические заболевания с указанием возраста и проведенного лечения.
4. Менструальная функция (характеристика менструальной функции до беременности).
5. Сексуальная функция (возраст начала половой жизни).
6. Детородная функция (количество беременностей, их исход, осложнения течения предыдущих беременностей, родов, послеродового или послеабортного периодов).
7. Контрацепция до беременности (особое внимание обратить на внутриматочную и гормональную контрацепцию).
8. Аллергоанамнез.
9. Наследственность.
10. Вредные привычки.
11. Профессиональные вредности.
12. Возраст, состояние здоровья, вредные привычки мужа.

***Данные объективного исследования***

1. Оценка общего состояния, цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек, конституции, телосложения.
2. Измерение роста, веса, пульса, артериального давления (на обеих руках).
3. Оценка наличия отеков, варикозно расширенных вен.
4. Наружное акушерское исследование (измерение окружности живота и высоты стояния дна матки, определение положения плода, предлежания, позиции и отношения предлежащей части к плоскости входа в малый таз).
5. Аускультация сердцебиения плода.
6. Измерение размеров таза (основных и дополнительных – боковая конъюгата, высота лона, высота таза), ромба Михаэлиса (размеры диагоналей, симметричность), окружности лучезапястного сустава (индекс Соловьева).
7. Данные объективного исследования других органов и систем (костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной – кратко, если нет патологических изменений).
8. Внутреннее акушерское исследование (влагалищное исследование, при котором описывают особенности развития наружных половых органов, состояние уретры, бартолиниевых желез, влагалища, расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза, ее длину, характер краев и открытие маточного зева, наличие и состояние плодного пузыря, предлежащую часть и отношение ее к плоскостям таза, особенности родовых путей – наличие экзостозов и достижимость мыса, характер и количество выделений).

***Данные лабораторных и инструментальных методов исследования***

1. Динамика артериального давления, массы тела на протяжении всей беременности.
2. Результаты анализов мочи, крови, микроскопии мазков, бактериологического исследования, исследования на перинатально значимые инфекции.
3. Результаты электрокардиографии женщины и кардиотокографии плода.
4. Данные ультразвуковых исследований, в том числе ультразвуковой допплерометрии.

*Обязательны заключения по результатам исследований*.

***Заключения консультаций специалистов*** *(терапевт, ЛОР, стоматолог, офтальмолог).*

***Сводка патологических данных***, в которую должны быть включены осложнения течения беременности, сопутствующие и перенесенные заболевания; отклонения от нормальных показателей в данных объективного, лабораторного и инструментального исследований, а также могущие повлиять на исход беременности и родов особенности менструальной, секреторной, сексуальной, детородной функций, возраст пациентки, социальное и семейное положение, особенности питания и вредные привычки, условия труда и быта, наследственные заболевания, состояние здоровья и вредные привычки мужа.

Сводка патологических данных должна быть составлена в соответствии со значимостью факторов, которые прямо или косвенно могут повлиять на течение и исход родов.

***Предполагаемая дата родов*** определяется по дате последней менструации, первой явке в женскую консультацию, дате выдачи декретного отпуска, данных ультразвуковых исследований и объективного осмотра.

***Предварительный диагноз и его обоснование:***

- срок беременности и осложнения течения беременности;

- период родов и осложнения течения родов на момент начала курации.

 Обоснование срока беременности по дате последней менструации, первой явке в женскую консультацию, дате выдачи декретного отпуска, данным ультразвуковых методов исследования.

 Обоснование осложнений течения беременности и родов.

 ***Прогноз родов:***

 С учетом сводки патологических данных приводится подробный перечень возможных осложнений родов *по периодам*, предполагаемая масса плода и физиологическая кровопотеря.

 *План ведения родов:*

Мероприятия по профилактике осложнений, обозначенных в прогнозе родов.

 ***Течение родов:***

- оценка общего состояния роженицы, измерение артериального давления в динамике;

- описание развития родовой деятельности по периодам, характеристика схваток, потуг, оценка состояния плода и продвижение его по родовым путям (партограмма);

- характеристика околоплодных вод;

- данные обследования в родах, внутренние акушерские исследования;

- сведения о новорожденном (пол, масса, длина), оценка новорожденного по шкале Апгар, первый туалет новорожденного, реанимационные мероприятия;

- данные осмотра последа, родовых путей;

- профилактика или лечение осложнений родов, в том числе оперативные вмешательства;

- продолжительность родов по периодам;

- общая кровопотеря;

- длительность безводного периода.

Дневники наблюдения, все диагностические и лечебные мероприятия описываются последовательно с указанием даты и времени.

 **Окончательный диагноз:**

- срок беременности;

- сопутствующая акушерская и экстрагенитальная патология;

- исход родов;

- осложнения течения родов;

- оперативные пособия и вмешательства.

**План клинической истории болезни (гинекология)**

**I. Паспортная часть**

1. Фамилия, имя и отчество

2. Возраст

3. Профессия

4. Адрес

5. Время поступления

6. Дата начала курации

**II. Жалобы. История развития данного заболевания**

**III. Анамнез**

**1. Наследственность**

**2. Перенесенные общие заболевания**

**3. Менструальная функция:**

а) время появления первых менструаций;

б) через какое время установились, если сразу не установились, то за этот период какой имели тип и характер;

в) тип менструации: по скольку дней длятся, через какое время наступают;

г) характер менструаций: количество крови (обильные, умеренные, скудные); болезненные или безболезненные. Если болезненные, то время появления болей (до менструации, в первые дни) и их продолжительность. Характер болей: схваткообразные, постоянного характера, ноющие и т.п.;

д) изменились ли менструации после начала половой жизни, после родов, в чем выразились изменения;

е) дата последней нормальной менструации (начало и конец её). Если она небыла нормальной, то чем отличалась от нормальной.

**4. Секреторная функция (выделения).**

а) когда появились выделения;

б) количество (обильные, умеренные, скудные);

в) постоянные или периодические выделения. Если периодические, то связаны ли с менструацией;

г) характер выделений – цвет (белый, желтый, зеленый, кровянистый); запах (без запаха, с резким запахом); раздражают ли окружающие ткани; консистенция (жидкие, густые, творожистые).

**5. Половая функция:**

а) начало половой жизни;

б) живет ли регулярно половой жизнью;

в) имеет ли случайные половые связи;

г) половое влечение;

д) чувство удовлетворения;

е) боли при сношении;

ж) кровь после сношения;

з) предохранение от беременности.

**6. Детородная функция:**

а) через какое время после начала половой жизни наступила беременность;

б) сколько было беременностей. Перечислить все беременности в хронологическом порядке, как каждая из низ протекала. В отношении родов указать нормальные или патологические, были ли акушерские операции, течение послеродового периода, жив ли ребенок. В отношении абортов указать самопроизвольные или искусственные, при каком сроке произошел или произведен аборт. При самопроизвольном или внебольничном аборте отметить было ли последующее выскабливание стенок полости матки. Выяснить и отметить осложнения при производстве аборта. Течение послеабортного периода.

**7. Перенесенные гинекологические заболевания (в том числе лечение и его результат).**

**IV. Объективное исследование.**

**А. Общее исследование.**

1. Осмотр – рост, вес, конституция, кожные покровы, варикозное расширение вен, отеки и т.п.; состояние щитовидной железы.

2. Исследование молочных желез и сосков (форма, консистенция, болезненность желез); выраженный или втянутый сосок; характер секрета молочных желез (молозиво, молоко, сукровичная жидкость).

3. Органы дыхания.

4. Органы кровообращения.

5. Живот и органы пищеварения.

6. Органы мочевыделения.

7. Нервная система и органы чувств.

**Б. Гинекологическое исследование.**

1. Состояние наружных половых органов.

2. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал.

3. Двуручное влагалищное (ректальное) исследование. Отмечается состояние влагалища, шейки, тела матки, придатков, сводов влагалища. Характер выделений.

**В. Специальные методы гинекологического исследования.**

Зондирование матки, диагностическое выскабливание, пункция заднего свода, биопсия, УЗИ, МРТ и др.

**Г. Лабораторные исследования.**

Анализы крови, мочи; исследование флоры влагалища, цервикального канала и уретры; цитологическая картина влагалищного мазка, ЭКГ идр.

**Д. Заключение консультантов (терапевта, невролога, окулиста и др.)**

**СВОДКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

**V. ДИАГНОЗ.**

1. Диагноз (в полной формулировке, основные и сопутствующие заболевания).

2. Дифференциальная диагностика. Излагается детально дифференциальная диагностика вообще по данному заболеванию у курируемой больной.

**VI. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

Излагается этиология и патогенез вообще и в отношении курируемой больной.

**VII. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

Излагается лечение и профилактика данного заболевания вообще. Указывается наиболее рациональная терапия у курируемой больной.

**VIII. ПРОГНОЗ.**

Изложить прогноз в отношении:

а) жизни,

б) трудоспособности,

в) деторождения.

Прогноз излагается по каждому пункту вообще в отношении данного заболевания, после чего излагается прогноз у курируемой больной. Контрацепция.

**IX. ЭПИКРИЗ**

(в виде краткого резюме)

- Оценка **«отлично»** выставляется, если обучающийся обнаруживает всесторонние, систематические и глубокие знания учебного программного материала, умеет свободно выполнять задания, предусмотренные программой, им усвоена основная и знакома дополнительная литература, рекомендованная программой, усвоена взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, а также проявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного программного материала;

- Оценка **«хорошо**» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе , показавший систематический характер знаний по дисциплине и способный к дальнейшей учебной работе и профессиональной деятельности;

- Оценки «**удовлетворительно**» заслуживает студент, обнаруживший знание основного учебного материала в объеме, необходимого для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой, допустивший погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

- Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, обнаружившему проблемы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой знаний, который не может продолжать обучение по подготовке к профессиональной деятельности по окончанию вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Лист регистрации изменений

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № изм. | Содержание изменения и его координаты | Номер протокола | Дата | Подпись | Сроки введения изменений |
| 1 | Изменены тестовые задания по теме «Кровотечения в акушерской практике» | 1 | 30 августа 2014 г. |  | 1 сентября 2014 г |
| 2 | Доработаны тестовые задания по теме «Преэклампсия» | 1 | 3 сентября 2015 г. |  | 3 сентября 2015 г. |
| 3 | Актуализирован весь фонд оценочных средств | 10 | 10 мая 2018 г |  | 10 мая 2018 г |