

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н.Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор _____ О.С. Саурина

«_____» _____ 2019 г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

по теме: «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

(срок обучения – 144 академических часов, 144 зачетных единицы)

ВОРОНЕЖ

2019

Программа составлена в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г № 541н, Приказом Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказом Министерства образования и науки РФ от 9 января 2014г №2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г, 11 июня 2015 г, 12 января 2016 г.

Программа обсуждена на заседании кафедры

«30» августа 2019 г, протокол № 1

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 _____ Е.В. Енькова

Разработчики программы:

Профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ В.В. Битюкова

Рецензенты:

Ф.И.О: Коротких Ирина Николаевна

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1

Ф.И.О: Корж Елена Викторовна

ученая степень: кандидат медицинских наук

ученое звание: доцент

должность: доцент кафедры акушерства и гинекологии №1

Программа одобрена на заседании ЦМК по координации дополнительного профессионального образования

от 30.08.2019 года, протокол № 1

Утверждено на Ученом совете ИДПО

от 30.08.2019 года, протокол № 1

Проректор по ДПО О.С. Саурина _____

2. ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 144 академических часов по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Опись комплекта документов
3.	Пояснительная записка
4.	Планируемые результаты обучения
5.	Требования к итоговой аттестации
6.	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», очная форма обучения
7.	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», очная с применением ДОТ форма обучения
8.	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», очная, очная с применением ДОТ форма обучения
9.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП), смежных дисциплин (МСМ))
9.1.	МФ1 Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи
9.2.	МСП 2 Консервативная гинекология
9.3.	МСП 3 Оперативная гинекология
9.4.	МСП 4 Онкогинекология
9.5.	МСП 5 Физиологическое акушерство
9.6.	МСП 6 Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода
9.7.	МСП 7 Патологическое и оперативное акушерство
10.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
11.	Организационно-педагогические условия реализации программы

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность программы:

В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных, гинекологических пациентов. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии. Данная дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации (общееусовершенствование) по специальности «акушерство и гинекология» является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

Цель преподавания дисциплины:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии. Снижение уровня репродуктивных потерь и улучшение репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни путем приобретения новых знаний по вопросам охраны здоровья матери и ребенка и современных организационных и лечебно-диагностических технологий.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам акушерства и гинекологии с целью снижения уровня репродуктивных потерь и улучшения репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

Категории обучающихся – врачи акушеры-гинекологи.

Объем программы: 144 академических часов трудоемкости, в том числе 144 зачетных единицы.

Документ, выдаваемый после завершения обучения, - Удостоверение о повышении квалификации.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Актуальные

вопросы акушерства и гинекологии» включает в себя учебный план, рабочие программы модулей, обеспечивающие реализацию модульной технологии обучения.

Содержание программы представлено как единое целое, с максимальной полнотой охватывающее вопросы теории и практики по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». В рабочих программах модули подразделяются на темы, темы - на элементы. Таким образом, содержание программы представлено как систематизированный перечень наименований тем, элементов и других структурных единиц модуля программы.

Учебный план определяет состав изучаемых модулей с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия, симуляционный курс), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся.

Для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» кафедра хирургических дисциплин ИДПО располагает

- 1) учебно-методической документацией и материалами по всем разделам программы;
- 2) учебно-методической литературой для внеаудиторной работы обучающихся;
- 3) материально-технической базой, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:
 - учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса на базе БУЗ ВО ВГКБСМП №1;
 - кабинеты, оснащенные манекенами и симуляторами, для отработки практических навыков и решения ситуационных задач на базе Учебной Виртуальной Клиники (УВК).
 - электронный курс «Акушерство и гинекология» на платформе moodle (<http://moodle.vsmaburdenko.ru/>).

В процессе обучения врачей акушеров-гинекологов обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения. По окончании изучения каждого модуля проводится этапный (рубежный) контроль. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль, собеседование. Теоретическая подготовка предусматривает обязательное изучение модулей в рамках дистанционного обучения, а также самостоятельное изучение литературы по программе.

По окончании обучения проводится итоговая аттестация в форме проведения экзамена. Цель итоговой аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием дополнительной профессиональной программы повышения квалификации вра-

чей акушеров-гинекологов со сроком освоения 144 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». В конце программы приводится общий список рекомендованной литературы, Интернет-ресурсы.

4. Планируемые результаты обучения:

В результате обучения планируется повышение как общекультурных, так и профессиональных компетенций при оказании специализированной помощи женскому и детскому населению.

4.1 Характеристика трудовых функций (видов деятельности) «Врач акушер-гинеколог»

Должностные обязанности.

Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по специальности "Акушерство и гинекология", используя современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Определяет тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливает (или подтверждает) диагноз. Самостоятельно проводит или организует необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Руководит работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

Должен знать:

Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения, современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю "акушерство и гинекология", теоретические аспекты всех нозологий как по профилю "акушерство и гинекология", так и других самостоятельных клинических дисциплин, их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма, принципы комплексного лечения основных заболеваний, правила оказания неотложной медицинской помощи, основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения, основы санитарного просвещения, организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля, правила оформления медицинской документации, принципы планирования деятельности и от-

четности акушерско-гинекологической службы, методы и порядок контроля ее деятельности, теоретические основы, принципы и методы диспансеризации, лекарственного обеспечения населения, основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины, основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии, правовые аспекты медицинской деятельности, правила внутреннего трудового распорядка, правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации.

Высшее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия", послевузовское профессиональное образование (интернатура или ординатура) и сертификат специалиста по специальности "Акушерство и гинекология", без предъявления требований к стажу работы.

4.2 Характеристика профессиональных компетенций врача специалиста, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (144 ч)

У обучающегося совершенствуются следующие *универсальные компетенции* (далее – УК):

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие *профессиональные компетенции* (далее – ПК):

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам гинекологического профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков, социального, профессионального и образовательного взаимодействия, конструктивного взаимодействия с гражданами и институтами гражданского общества, другими организациями, основами критического анализа (оценивать информацию, переоценивать накопленный опыт и конструктивно принимать решение на основе анализа информации) (ПК-4);
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

4.3 Характеристика новых профессиональных компетенций, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» (144 ч)

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7);
- организовывать ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (ПК-8);
- содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей (ПК-9).

4.4 Соответствие знаний, умений, владений врача акушера-гинеколога компетенциям в результате освоения ДПП.

№ п/п	Индекс Компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения дополнительной профессиональной программы обучающиеся должны:		
			знать	уметь	владеть
1.	УК - 1	Способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	<ul style="list-style-type: none"> - Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - Возрастные анатомо-физиологические особенности строения и развития у пациентов акушерско-гинекологического профиля; - Патофизиологические механизмы формирования критических состояний и закономерности протекания патологических процессов. 	<ul style="list-style-type: none"> - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания медицинской помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> - Методикой использования информационных систем и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - Методикой использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; - Методикой интерпретирования и анализа информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания медицинской помощи.
2.	УК-2	Способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические,	<ul style="list-style-type: none"> - Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в 	<ul style="list-style-type: none"> - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - Использовать в 	<ul style="list-style-type: none"> - Методикой использования информационных систем и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;

		конфессио- нальные и культурные различия.	сфере здраво- охранения, за- щиты прав по- требителей и санитарно- эпидемиологи- ческого благо- получия насе- ления.	работе персональ- ные данные паци- ентов и сведения, составляющие вра- чебную тайну; - Интерпретиро- вать и анализиро- вать информацию, полученную от па- циентов (их закон- ных представите- лей) с заболевани- ями и (или) состо- яниями, требую- щими оказания ме- дицинской помо- щи.	-Методикой ис- пользования в работе персо- нальных данных пациентов и све- дения, составля- ющие врачебную тайну; - Методикой ин- терпретирования и анализа ин- формацию, по- лученную от па- циентов (их за- конных предста- вителей) с забо- леваниями и (или) состояни- ями, требующими оказания меди- цинской помо- щи.
3.	ПК-1	Готовность к осуществле- нию комплек- са мероприя- тий, направ- ленных на со- хранение и укрепление здоровья и включающих в себя фор- мирование здорового об- раза жизни, предупрежде- ние возникно- вения и (или) распростране- ния заболева- ний, их ран- нюю диагно- стику, выяв- ление причин и условий их возникнове- ния и разви- тия, а также направленных на устранение вредного вли-	-Анатомо- физиологиче- ские и индиви- дуальные осо- бенности стро- ения и развития гинекологиче- ских пациен- тов; - патофизиоло- гические меха- низмы форми- рования неот- ложных состо- яний и законо- мерности про- текания, пато- логических процессов - клинические рекомендации (протоколы ле- чения), стан- дарты меди- цинской помо- щи у акушер- ско- гинекологиче- ских пациен- тов;	- Оценивать тя- жесть состояния акушерско- гинекологических пациентов, устанавливать ве- дущий синдром и предварительный диагноз заболева- ния (состояния); - Определять экс- тренность и оче- редность объема, содержания и по- следовательности диагностических мероприятий; - Осматривать и обследовать аку- шерско- гинекологических пациентов с забо- леваниями и состо- яниями, требую- щими оказания экстренной меди- цинской помощи; - физикальное об- следование гине- кологических па-	- Методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у акушерско- гинекологиче- ских пациентов (родственников, законных пред- ставителей, окружающих их лиц) с заболева- ниями и/или со- стояниями, тре- бующими оказа- ния экстренной медицинской помощи; -методиками осмотра и обсле- дования акушер- ско- гинекологиче- ских пациентов с заболеваниями и состояниями, требующими оказания экс- тренной меди- цинской помо- щи;

		яния на здоровье человека факторов среды его обитания.	- клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов.	циентов.	-физикальное обследование гинекологических пациентов.
4.	ПК-2	Способность и готовность к ведению и лечению пациентов акушерско-гинекологического профиля, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи.	<p>- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у акушерско-гинекологических пациентов;</p> <p>-Механизм действия лекарственных препаратов, применяемых при оказании экстренной медицинской помощи у акушерско-гинекологических пациентов возможные осложнения, побочные действия;</p> <p>- Способы предотвращения и устранения осложнений, побочных действий, возникших при лечении.</p>	-Разрабатывать план лечения акушерско-гинекологических пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, осуществлять мероприятия, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; <p>- Определять медицинские показате-</p>	-Методикой разработки плана лечения при гинекологических заболеваниях и акушерских состояниях у пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; <p>-Методикой оказания медицинской помощи в медицинской организации, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клиниче-</p>

				<p>ния и противопоказания для медицинских вмешательств;</p> <p>- Оценивать результаты медицинских вмешательств.</p>	<p>ской картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-Методикой определения медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств акушерско-гинекологических пациентов;</p> <p>-Методикой оценки результатов медицинских вмешательств у акушерско-гинекологических пациентов.</p>
5.	ПК-3	<p>Способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.</p>	<p>- Медицинские показания к медицинской эвакуации при острой акушерской и гинекологической патологии пациентов в профильную медицинскую организацию</p> <p>- выбор медицинской организации для медицинской эвакуации акушерско-</p>	<p>- Определять медицинские показания к медицинской эвакуации при острой акушерской и гинекологической патологии у акушерско-гинекологических пациентов в профильную медицинскую организацию;</p> <p>- Обосновывать выбор медицинской организации для медицинской помощи акушерско-</p>	<p>-Методикой определения медицинских показаний к медицинской эвакуации при острой акушерско-гинекологической патологии у пациентов акушерско-гинекологического профиля в профильную медицинскую организацию;</p> <p>-Методикой обоснования,</p>

			гинекологических пациентов.	гинекологических пациентов.	выбора медицинской организации для медицинской эвакуации акушерско-гинекологических пациентов.
6.	ПК-4	<p>Способность и готовность к организации неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями акушерско-гинекологического профиля;</p> <p>- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков, социального, профессионального и образовательного взаимодействия, конструктивного взаимодействия с гражданами и институтами гражданского общества, другими организациями;</p> <p>- способность критического анализа, критически оце-</p>	<p>- Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;</p> <p>- Стандарты оказания скорой медицинской помощи;</p> <p>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания скорой медицинской помощи;</p> <p>- Общие вопросы организации оказания скорой медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологическими заболеваниями.</p>	<p>- Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для медицинских вмешательств у пациентов с акушерско-гинекологическими заболеваниями, требующими оказания неотложной медицинской помощи в медицинской организации;</p> <p>- определять показания к медицинской эвакуации пациентов с острой акушерской и гинекологической патологией в профильную медицинскую организацию.</p>	<p>-Методикой определения медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинских вмешательств у пациентов с острой акушерской и гинекологической патологией;</p> <p>-Методикой определения показаний к медицинской эвакуации пациентов с острой акушерской и гинекологической патологией в профильную медицинскую организацию.</p> <p>-Методикой сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.</p>

		<p>нивать информацию, переоценивать накопленный опыт и конструктивно принимать решение на основе анализа информации.</p>			
7.	ПК-5	<p>Способность и готовность к определению у пациентов акушерско-гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>-Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у акушерско-гинекологических пациентов; -Механизм действия лекарственных препаратов, применяемых при оказании экстренной медицинской помощи у акушерско-гинекологических пациентов возможные осложнения, побочные действия; -Способы предотвращения и устранения осложнений, побочных действий, возникших при лечении.</p>	<p>- Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для медицинских вмешательств у пациентов с акушерско-гинекологическими заболеваниями, требующими оказания неотложной медицинской помощи в медицинской организации; - определять показания к медицинской эвакуации пациентов с острой акушерско и гинекологической патологией в профильную медицинскую организацию.</p>	<p>-Методикой разработки плана лечения при акушерско-гинекологических заболеваниях у пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; -Методикой оказания медицинской помощи в медицинской организации, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в</p>

					<p>соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-Методикой определения медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств акушерско-гинекологических пациентов;</p> <p>-Методикой оценки результатов медицинских вмешательств у акушерско-гинекологических пациентов.</p>
8.	ПК-6	<p>Готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи.</p>	<p>- Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;</p> <p>- Стандарты оказания скорой медицинской помощи;</p> <p>-клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания</p>	<p>-Оценивать тяжесть состояния акушерских пациентов, устанавливать ведущий синдром и предварительный диагноз заболевания (состояния);</p> <p>-Определять экстренность и очередность объема, содержания и последовательности</p>	<p>-Методикой разработки плана ведения и лечения у акушерских пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клинически</p>

			<p>скорой медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие вопросы организации оказания скорой медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологическими заболеваниями. 	<p>диагностических мероприятий;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осматривать и обследовать акушерских пациентов с заболеваниями и состояниями, требующими оказания экстренной медицинской помощи; - физикальное обследование акушерских пациентов. 	<p>ми рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Методикой оказания медицинской помощи в медицинской организации, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; -Методикой определения медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств у акушерских пациентов; -Методикой оценки результатов медицинских
--	--	--	---	--	--

					вмешательств у акушерских пациентов.
9.	ПК-7	Проводить клиничко-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий.	<ul style="list-style-type: none"> -Порядок оказания специализированной, медицинской помощи; -Стандарты оказания медицинской помощи; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи; - Общие вопросы организации оказания скорой медицинской помощи пациентам с акушерско-гинекологическими заболеваниями. 	<ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для медицинских вмешательств у пациентов с акушерско-гинекологическими заболеваниями, требующими оказания неотложной медицинской помощи в медицинской организации; - определять показания к медицинской эвакуации пациентов с острой акушерской и гинекологической патологией в профильную медицинскую организацию. 	<ul style="list-style-type: none"> -Методикой разработки плана лечения при акушерско-гинекологических заболеваниях у пациентов с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; -Методикой оказания медицинской помощи в медицинской организации, осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами

					<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-Методикой определения медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств акушерско-гинекологических пациентов;</p> <p>-Методикой оценки результатов медицинских вмешательств у акушерско-гинекологических пациентов.</p>
10	ПК-8	<p>Организовывать ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.</p>	<p>-Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.</p>	<p>-Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;</p> <p>- Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;</p> <p>- Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания медицинской помощи. оказания медицинской помощи.</p>	<p>- Методикой ведения учетной и отчетной документации в установленном законодательством порядке;</p> <p>- Методикой использования информационных систем и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»;</p> <p>- Методикой использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну;</p> <p>- Методикой интерпретирования и анализа информации, полу-</p>

					ченной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания медицинской помощи.
11	ПК-9	Содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей.	-Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.	- Законодательные и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения применять в соответствии с оказанием помощи для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей.	- Методикой использования информационных систем и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - Методикой использования в работе персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну; - Методикой интерпретирования и анализа информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания медицинской помощи оказания социальной помощи для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей.

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1.Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических часов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» проводится в форме очного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача акушера-гинеколога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

2.Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических часов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Итоговая аттестация сдается лично обучающимся и проходит в соответствии с Положением об итоговой аттестации ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

3.Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических часов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца - Удостоверение о повышении квалификации.

6. Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей - специалистов по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических часов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», очная форма обучения

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование ПК врача-специалиста.

Категория обучающихся: врачи – акушеры-гинекологи.

Трудоемкость обучения: 144 академических часов (4 недели или 1 месяц)

Форма обучения: очная (с отрывом от работы)

Режим занятий: 6 академических часов в день.

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лек-ции	ПЗ, СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
1.	МФ1 Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	6		6		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)

1.1	Законодательство в здравоохранении.	2		2		Текущий контроль (устный)
1.2	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи.	2		2		Текущий контроль (устный)
1.3	Стандартизация и контроль качества медицинской помощи.	2		2		Текущий контроль (устный)
Специальные дисциплины (МСП)						
2	МСП2 Консервативная гинекология	32	14	18		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
2.1	Современные методы исследования в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
2.2	Основы детской гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
2.3	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы женщины. Расстройства менструальной функции.	6	2	4		Текущий контроль (устный)
2.4	Нейроэндокринные гинекологические синдромы	2		2		Текущий контроль (устный)
2.5	Воспалительные заболевания женских половых органов. ИППП.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
2.6	Бесплодный брак. Планирование семьи.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
2.7	Проблемы пери- и постменопаузы. МГТ.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
2.8	Контрацепция. Технологии «безопасного» аборта.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
3	МСП 3 Оперативная гинекология	22	14	4	4	Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
3.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	4	2		2	Текущий контроль (устный)
3.2	Хирургическая и диагностическая лапароскопия и гистероскопия.	2			2	Текущий контроль (устный)
3.3	Острый живот в гинекологии.	4	4			Текущий контроль (устный)
3.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
3.5	Эндометриоз. Миома матки.	8	6	2		Текущий контроль (устный)

4	МСП 4 Онкогинекология	20	14	6		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
4.1	Предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.2	Предраковые заболевания и рак тела матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.3	Опухоли яичников.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.4	Трофобластическая болезнь.	2	2			Текущий контроль (устный)
5	МСП 5 Физиологическое акушерство	12	6	6		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
5.1	Методы исследования в акушерстве.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
5.2	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности (норма беременности).	2	2			Текущий контроль (устный)
5.3	Физиология родов и послеродового периода.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
5.4	Методы подготовки беременной к родам.	2		2		Текущий контроль (устный)
6	МСП 6 Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода	24	12	12		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
6.1	Антенатальная охрана плода и иммунологические взаимоотношения матери и плода.	6	2	4		Текущий контроль (устный)
6.2	Многоплодная беременность.	2		2		Текущий контроль (устный)
6.3	Беременность и экстрагениальные заболевания. Особенности ведения беременности и родов. Анте- и интранатальная охрана плода.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
6.4	Антенатально повреждающие факторы. Внутриутробные инфекции.	6	4	2		Текущий контроль (устный)

6.5	ЗВУР. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного.	2	2			Текущий контроль (устный)
6.6	Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.	2		2		Текущий контроль (устный)
7	МСП 7 Патологическое и оперативное акушерство	22	12	10		Промежуточный контроль (тестирование, собеседование)
7.1	Современные технологии прерывания беременности.	2	2	2		Текущий контроль (устный)
7.2	Невынашивание беременности.	2	2			Текущий контроль (устный)
7.3	Кесарево сечение.	2	2	2		Текущий контроль (устный)
7.4	Тазовые предлежания плода. Ведения беременности и родов. Акушерские пособия. Показания к операции кесарево сечение.	1	2			Текущий контроль (устный)
7.5	Аномалии родовой деятельности. Тактика ведения родов. Показания к оперативному родоразрешению.	1	2			Текущий контроль (устный)
7.6	Узкий таз в современном акушерстве.	1		1		Текущий контроль (устный)
7.7	Агрессии в акушерстве и акушерский травматизм матери и плода.	1		1		Текущий контроль (устный)
7.8	Гестозы.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
7.9	Септические заболевания в акушерстве.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
7.10	Кровотечения во время беременности и родов. Предлежание плаценты. Шок и терминальные состояния в акушерстве.	2	2			Текущий контроль (устный)
7.11	Массивные акушерские кровотечения. Преждевременная отслойка плаценты. Послеродовые кровотечения. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.	2	2			Текущий контроль (устный)
8	Итоговая аттестация	6		6		Экзамен
	Всего:	144	72	68	4	

**7. Учебный план дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации врачей–специалистов по специальности
«Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических ча-
сов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» очная
форма обучения с применением дистанционных образовательных техно-
логий**

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование ПК врача-специалиста.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи.

Трудоемкость обучения: 144 академических часов (4 недели или 1 месяц).

Форма обучения: очно-заочная (с частичным отрывом от работы)

Режим занятий: 6 академических часов в день.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. ед.)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			Лекции	ПЗ, СЗ	СК	Форм контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)									
МФ1	Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи.	6				Промежуточный контроль (устный)		6	Промежуточный контроль (тестовый)
1.1	Законодательство в здравоохранении.	2						2	Текущий контроль (тестовый)
1.2	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи.	2						2	Текущий контроль (тестовый)
1.3	Стандартизация и контроль качества медицинской помощи.	2						2	Текущий контроль (тестовый)
Специальные дисциплины (МСП)									

МСП 2	Консервативная гинекология	24	6	6		Промежуточный контроль (устный)	12		Промежуточный контроль (тестовый)
2.1	Современные методы исследования в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)			
2.2	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.	2	2			Текущий контроль (устный)			
2.3	Воспалительные заболевания женских половых органов. ИППП.	4	2	2		Текущий контроль (устный)			
2.4	Бесплодный брак. Планирование семьи.	2		2		Текущий контроль (устный)	12		Текущий контроль (тестовый)
МСП 3	Оперативная гинекология	36	16	2		Промежуточный контроль (устный)	18		Промежуточный контроль (тестовый)
3.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	4	4			Текущий контроль (устный)			
3.2	Хирургическая и диагностическая лапароскопия и гистероскопия.	4	4			Текущий контроль (устный)			
3.3	Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность. Шеечная беременность.	18					18		Текущий контроль (тестовый)
3.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)			
3.5	Доброкачественные новообразования женских половых органов.	6	6			Текущий контроль (устный)			
МСП 4	Онкогинекология	18	12	6		Промежуточный контроль (устный)			Промежуточный контроль (тестовый)

4.1	Предраковые заболевания шейки матки. Рак шейки матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
4.2	Предраковые заболевания и рак тела матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
4.3	Опухоли яичников.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
МСП 6	Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода	22	8	4		Промежуточный контроль (устный)	10		Промежуточный контроль (тестовый)
6.1	Задержка развития плода. Этиология ЗРП. Методы диагностики. Тактика. Плацентарная недостаточность.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
6.2	Тромбофилии в акушерстве. Методы диагностики, лечение, профилактика. Профилактика ВТЭ.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	10		Текущий контроль (тестовый)
МСП 7	Патологическое и оперативное акушерство.	32	10	6		Промежуточный контроль (устный)	16		Промежуточный контроль (тестовый)
7.1	Массивные акушерские кровотечения в послеродовом периоде.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	6		Текущий контроль (тестовый)
7.2	Разрыв матки. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.	4	2	2		Текущий контроль (устный)	4		Текущий контроль (тестовый)
7.3	Кровотечения во 2-м и 3-м триместре беременности и родах. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка плаценты.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	6		Текущий контроль (тестовый)
8	Итоговая аттестация	6		6		Экзамен			
	Всего	144	52	30			56	6	

8. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 144 академических часов по теме «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

Учебные модули	1 месяц	
	1 - 7	
	4 недели	
	Очно	Дист.
МСП «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»	6 / 82	56 / -
Итоговая аттестация	6	

9. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

9.1 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МФ1 «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи»

Пояснительная записка

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения принципов охраны здоровья граждан РФ, а также механизмы их реализации; нюансов условий реализации страховой медицины, частной медицины, понимания отличий страховой медицина от бюджетной в отношении медицинских организаций - поставщиков медицинской помощи населению. В настоящее время не существует привязки финансового источника к форме собственности медицинской организации. Бюджетные медицинские организации могут финансироваться как за счет государственных бюджетных источников в рамках государственного задания, так и из средств обязательного медицинского страхования при условии участия в реализации программы обязательного медицинского страхования, а также иметь другие государственные и негосударственные финансовые источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации (например, средства целевых программ федерального или субъектового уровня).

Цель: Ознакомление с теоретическими положениями и нормативно-правовыми документами системы финансирования, принципами взаимодействия субъектов и участников системы финансирования.

Задачи:

- Углубление знаний по принципам охраны здоровья граждан;
- Углубление знаний по основам бюджетной системы финансирования, отличие её от страховой.
- Углубление знаний по формам и принципам медицинского страхования.
- Изучение нормативно-правовых законодательных документов.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:**Общие знания:**

- основы бюджетной системы финансирования, отличие её от страховой;
- основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:**Должен знать:**

- принципы охраны здоровья граждан РФ, а также механизмы их реализации;
- правовые основы охраны здоровья граждан РФ, а также отечественной системы здравоохранения;
- основы системы управления здравоохранением на различных уровнях;
- права граждан на охрану здоровья, включая гарантии бесплатного оказания медицинской помощи;
- организационные основы контроля в сфере здравоохранения;
- формы и принципы медицинского страхования;
- принципы взаимодействия субъектов и участников системы финансирования, порядок организации и проведения контроля качества оказания медицинской помощи;
- основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков, социального, профессионального и образовательного взаимодействия, конструктивного взаимодействия с гражданами и институтами гражданского общества, другими организациями, основами

критического анализа (оценивать информацию, переоценивать накопленный опыт и конструктивно принимать решение на основе анализа информации) (ПК-4).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7);
- содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей (ПК-9).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МФ1 «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи» (очная форма)

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лекции	ПЗ,СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
ПЗ – практические занятия, СЗ – семинарские занятия						
1.1	Законодательство в здравоохранении.	2		2		Текущий контроль (устный)
1.2	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи.	2		2		Текущий контроль (устный)
1.3	Стандартизация и контроль качества медицинской помощи.	2		2		Текущий контроль (устный)
	Итого:	6		6		Промежуточный контроль (собеседование)

Учебно-тематический план учебного модуля МФ1 «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи» (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	СК	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
ПЗ – практические занятия, СЗ – семинарские занятия									
1.1	Законодательство в здравоохранении	2						2	Текущий контроль (тестовый)
1.2	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи	2						2	Текущий контроль (тестовый)
1.3	Стандартизация и контроль качества медицинской помощи.	2						2	Текущий контроль (тестовый)
	Итого:	6						6	Промежуточный контроль (тестовый)

Содержание учебного модуля МФ1 «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Законодательство в здравоохранении
1.1.1	ОМС в современной медицине и в практике акушера-гинеколога
1.1.2	Приказы и протоколы
1.2	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи
1.2.1	Профилактическая направленность организации акушерско-гинекологической помощи.
1.2.2	Организация поликлинической акушерско-гинекологической помощи.
1.2.3	Организация стационарной акушерско-гинекологической помощи.
1.3	Стандартизация и контроль качества оказания медицинской помощи

1.3.1	Управление качеством медицинской помощи. Контроль качества медицинской помощи.
1.3.2	Стратегия непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

Вопросы для собеседования

1. Становление и развитие принципов охраны здоровья граждан в России.
2. Принципы охраны здоровья граждан и их законодательное закрепление.
3. Принципы управления здравоохранением.
4. Организация охраны здоровья в современной России.
5. Цель, задачи и технологии управления в здравоохранении.
6. Государственные гарантии оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, и их реализация.
7. Территориальная программа обязательного медицинского страхования и ее реализация.
8. Организация контроля в сфере охраны здоровья.
9. Подготовка медицинских работников и требования, предъявляемые к ним, для осуществления профессиональной деятельности в сфере здравоохранения.
10. Ответственность в сфере здравоохранения: понятие, виды, правовая база.
11. Меры ответственности государства, юридических и физических лиц за несоблюдение прав граждан на охрану здоровья и (или) причинение ущерба здоровью граждан.

Список рекомендуемой литературы

1. Конституция РФ. – М.: Юрилич. литература, 1993. – 96 с.
2. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. – М.: Эксмо, 2011. – 112 с.
3. Гражданский кодекс РФ // Режим доступа: КонсультантПлюс
4. Кодекс РФ об административных правонарушениях // Режим доступа: КонсультантПлюс
5. Уголовный кодекс РФ // Режим доступа: КонсультантПлюс

Основная литература

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. Гриф УМО. – М.: Профессионал, 2009. – 432 с. // Режим доступа [www. medlinks.ru / sections.php](http://www.medlinks.ru/sections.php)
2. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении/ под ред. О.П. Щепина. – М.: Медицина, 2005. – 40 с. // Режим доступа www. medlinks.ru /sections.php.

Дополнительная литература

1. Герасименко Н.Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан, М: ГЭОТАР-МЕД, 2001-351 с.

9.2 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 2 «Консервативная гинекология»

Пояснительная записка

Актуальность:

В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных, гинекологических пациентов. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Цель:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе консервативных методов лечения.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам в разделе консервативной гинекологии с целью улучшения репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания патологических процессов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- Патолофизиологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов у гинекологических пациентов;
- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у гинекологических пациентов;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 2 «Консервативная гинекология» (очная форма)

2.1	Современные методы исследования в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль (устный)			
2.2	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.	2	2			Текущий контроль(устный)			
2.3	Воспалительные заболевания женских половых органов. ИППП.	4	2	2		Текущий контроль (устный)			
2.4	Бесплодный брак. Планирование семьи.	2		2		Текущий контроль(устный)	12		Текущий контроль (тестовый)
	Итого:	24	6	6			12		Промежуточный контроль (тестирование)

Содержание учебного модуля МСП 2 «Консервативная гинекология»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
2.1	Современные методы исследования в гинекологии.
2.1.1	Специальные методы исследования.
2.1.2	Дополнительные методы исследования (лабораторные методы, УЗИ, МРТ, КТ).
2.2	Основы детской гинекологии.
2.2.1	Нейроэндокринная регуляция становления функции репродуктивной системы в период детства и пубертатном периоде. Особенности организма девочек-подростков. Нормальное физическое и половое развитие девочки-подростка.
2.2.2	Преждевременное половое развитие центрального генеза. Преждевременное половое развитие яичникового генеза. Задержка полового развития центрального генеза. Задержка полового развития яичникового генеза.
2.2.3	Воспалительные заболевания внутренних половых органов у девушек-подростков. Вульвовагиниты у детей и подростков
2.3	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы женщины.
2.3.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы – центральный уровень.
2.3.2	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы – периферический уровень.
2.4	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.
2.4.1	Предменструальный синдром.
2.4.2	Синдром поликистозных яичников.

2.4.3	Посткастрационный синдром.
2.4.4	Послеродовый нейроэндокринный синдром.
2.5	Воспалительные заболевания женских половых органов. ИППП.
2.5.1	Воспалительные заболевания женских половых органов (неспецифические).
2.5.2	Воспалительные заболевания нижних половых путей.
2.5.3	Этиология, патогенез, тактика лечения.
2.5.4	Воспалительные заболевания верхних половых путей (органов малого таза).
2.5.5	Этиология, патогенез, тактика лечения.
2.5.6	Воспалительные заболевания женских половых органов (специфические).
2.5.7	Воспалительные заболевания нижних половых путей.
2.5.8	Этиология, патогенез, тактика лечения.
2.5.9	Воспалительные заболевания верхних половых путей (органов малого таза).
2.5.10	Этиология, патогенез, тактика лечения.
2.6	Бесплодный брак. Планирование семьи.
2.6.1	Эндокринное бесплодие.
2.6.2	Трубное и маточное бесплодие.
2.6.3	Малые формы эндометриоза как причины бесплодия.
2.7	Контрацепция. Технологии «безопасного» аборта.
2.7.1	Клинический протокол МЗ «Медикаментозное прерывание беременности».
2.8	Проблемы пери- и постменопаузы. МГТ.
2.8.1	Гиперпластические и дистрофические процессы половых органов.
2.8.2	Менопаузальная гормональная терапия.

ФОРМА КОНТРОЛЯ: ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Регуляция менструального цикла.
2. Яичниковый цикл.
3. Маточный цикл.
4. Половые гормоны. Гормональные пики.
5. Тесты функциональной диагностики.
6. Гонорея в гинекологии.
7. Кандидоз.
8. Хламидиоз. Уреаплазмоз.
9. Генитальный герпес.
10. Классификация нарушений менструального цикла.
11. Принципы обследования и лечения при дисфункциональных маточных кровотечениях в детородном возрасте.
12. Принципы обследования и лечения при маточных кровотечениях в климактерическом периоде.
13. Бесплодный брак. Клиника, диагностика.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

В процессе эмбриогенеза из парамезонефрических (мюллеровых) протоков развиваются:

- А. маточная труба;
- В. матка;
- С. верхняя треть влагалища;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

2. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:

- А. 1-й неделе гестации;
- В. 14-й неделе гестации;
- С. 30-й неделе гестации;
- Д. 7-й неделе гестации;
- Е. в раннем неонатальном периоде.

3. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:

- А. маточные трубы;
- В. строму яичников;
- С. тело матки;
- Д. круглые связки матки;
- Е. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарных образований.

4. Из уrogenитального синуса развиваются:

- А. нижние $2/5$ влагалища;
- В. девственная плева;
- С. преддверие влагалища;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

5. Лимфоотток от тела матки и маточных труб осуществляется в:

- А. поясничные и крестцовые лимфатические узлы;
- В. парааортальные лимфатические узлы;
- С. общие подвздошные лимфатические узлы;
- Д. паховые лимфатические узлы;
- Е. во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

6. Иннервация матки и влагалища осуществляется:

- А. подчревными и пудендальными нервами;
- В. тазовыми и подчревными нервами;
- С. тазовыми нервами;
- Д. пудендальными и запирательными нервами;
- Е. запирательными нервами.

7. Кровоснабжение яичников осуществляется:

- А. маточной артерией;
- В. яичниковой артерией;
- С. подвздошно-поясничной артерией;
- Д. внутренней половой и яичниковой артериями;
- Е. маточной и яичниковой артериями.

8. Маточная артерия является ветвью:

- А. аорты;

- В. общей подвздошной артерии;
- С. наружной подвздошной артерии;
- Д. внутренней подвздошной артерии;
- Е. подвздошно-поясничной артерии.

9. Широкие связки матки включают:

- А. маточные трубы;
- В. кардинальные связки;
- С. маточные сосуды;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

10. Топографоанатомические особенности яичников:

- А. покрыты брюшиной;
- В. соединены со стенками таза собственными связками;
- С. являются производными парамезонефрического протока;
- Д. все ответы верны;
- Е. все ответы ошибочны.

11. Продолжительность нормального менструального цикла:

- А. 28-29 дней;
- В. 28-40 дней;
- С. 3-7 дней;
- Д. 21-35 дней;
- Е. 14-28 дней.

12. Продолжительность нормальной менструации:

- А. 1—3 дня;
- В. 3—5 дней;
- С. 3-7 дней;
- Д. 5 дней;
- Е. 2-10 дней.

13. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:

- А. 200-250 мл;
- В. 100-150 мл;
- С. 20-30 мл;
- Д. 50-70 мл;
- Е. 150-200 мл.

14. Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

- А. «пикового» выброса лютеотропина;
- В. снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови;
- С. снижения уровня пролактина в крови;
- Д. повышения уровня эстрадиола в крови;
- Е. «пикового» выброса фоллитропина.

15. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

- А. правильный ритм менструации;
- В. время наступления первой менструации;
- С. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- Д. овуляция;
- Е. все перечисленное выше.

16. Какой из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла?

- A. Симптом зрачка.
- B. Кариопикнотический индекс.
- C. Базальная термометрия.
- D. Симптом «папоротника».
- E. Все перечисленное выше.

17. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

- A. эстрадиола;
- B. простагландинов;
- C. прогестерона; D-ЛГ;
- E. ФСГ.

18. «Пик» лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:

- A. значительного повышения уровня пролактина в крови;
- B. уменьшения выработки фоллитропина;
- C. уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона;
- D. снижения уровня эстрогенов и прогестерона;
- E. значительного повышения уровня эстрадиола.

19. Циклическая секреция лютеотропина и фоллитропина обеспечивается:

- A. выбросом гонадотропин-релизинг-гормона один раз в 60—90 мин;
- B. механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках;
- C. периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости;
- D. периодическим выбросом нейротрансмиттеров;
- E. изменением кровотока в портальной системе гипофиза.

20. Синтез гонадолиберина осуществляется в:

- A. передней доле гипофиза;
- B. задней доле гипофиза;
- C. ядрах гипоталамуса;
- D. нейронах коры большого мозга;
- E. в нейронах мозжечка.

21. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:

- A. анализа графика базальной температуры;
- B. ультразвукового мониторинга развития доминантного фолликула;
- C. гистологического исследования соскоба эндометрия;
- D. лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичников);
- E. определения концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12—14-й день менструального цикла.

22. Олигодисменорея — это:

- A. редкие и скудные менструации;
- B. редкие и болезненные менструации;
- C. уменьшение кровопотери во время менструации;
- D. межменструальные скудные кровянистые выделения;
- E. ничего из перечисленного выше.

23. Меноррагия — это:

- A. ациклические маточные кровотечения;
- B. циклические маточные кровотечения;
- C. болезненные и обильные менструации;
- D. пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- E. уменьшение продолжительности менструального цикла.

24. Метроррагия это:

- А. изменение ритма менструации;
- В. увеличение кровопотери во время менструации;
- С. увеличение продолжительности менструации;
- Д. ациклические маточные кровотечения;
- Е. урежение менструаций.

25. Альгодисменорея может быть обусловлена всем перечисленным ниже, кроме:

- А. генитального инфантилизма;
- В. аномалий развития половых органов;
- С. дисплазии шейки матки;
- Д. генитального эндометриоза;
- Е. ретродевиации матки.

26. Для пубертатного периода характерны:

- А. «скачок» роста;
- В. появление первой менструации;
- С. появление лобкового и аксиллярного оволосения;
- Д. увеличение молочных желез;
- Е. все перечисленное выше.

27. Причиной преждевременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

- А. опухоли головного мозга;
- В. фолликулярной кисты яичника;
- С. адреногениального синдрома;
- Д. дисгенезии гонад;
- Е. гранулезоклеточной опухоли яичников.

28. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

- А. гормональный гемостаз;
- В. наблюдение;
- С. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- Д. исключение локальной «органической» причины кровотечения;
- Е. хирургический гемостаз.

29. Наиболее частым механизмом развития дисфункциональных маточных кровотечений в ювенильном периоде является:

- А. гиполютеинизм;
- В. персистенция фолликулов;
- С. атрезия фолликулов;
- Д. гиперпролактинемия;
- Е. нарушения в свертывающей системе крови.

30. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

- А. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;
- В. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- С. использование андрогенов;
- Д. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;
- Е. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала.

31. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Кломифена»;
- В. «Хумегона»;
- С. «Премарина»;
- Д. «Профази»;
- Е. «Клостилбегита».

32. Механизм контрацептивного действия подкожных имплантатов (норпланта) основан на:

- А. подавлении овуляции;
- В. уменьшении количества и повышении вязкости шеечной слизи;
- С. способности вызывать преждевременный лютеолиз;
- Д. все перечисленное выше верно;
- Е. все ответы ошибочны.

33. В состав инъекционных контрацептивов входят:

- А. прогестагены пролонгированного действия;
- В. конъюгированные эстрогены;
- С. микродозы прогестагенов;
- Д. антиандрогены;
- Е. антигонадотропины.

34. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

- А «Фемоден»;
- В. «Нон-овлон»;
- С. «Марвелон»;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ни один из перечисленных выше.

35. С целью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препаратов начинают:

- А. в период овуляции;
- В. накануне менструации;
- С. с 1-го дня менструального цикла;
- Д. независимо от дня менструального цикла;
- Е. все ответы ошибочны.

36. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- А. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;
- В. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;
- С. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;
- Д. больных с артериальной гипертензией;
- Е. больных с альгоменореей.

37. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

- А. нарушении функции печени;
- В. эпилепсии;
- С. тромбофлебитическом синдроме;
- Д. ожирении III—IV степени;
- Е. всех перечисленных выше заболеваний.

38. Укажите препараты, обладающие антиэстрогенной активностью.

- А. «Кломифен».
- В. «Фарестон».
- С. «Тамоксифен».
- Д. Все перечисленные выше.

Е. Ни один из перечисленных выше.

39. Ложная аменорея может быть обусловлена:

- А. атрезией канала шейки матки;
- В. аплазией тела матки;
- С. дисгенезией гонад;
- Д. всеми перечисленными выше заболеваниями;
- Е. ни одним из перечисленных выше заболеваний.

40. Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний, кроме:

- А. гипотиреоза;
- В. нейрогенной анорексии;
- С. синдрома тестикулярной феминизации;
- Д. атрезии девственной плевы;
- Е. микро- и макроаденомы гипофиза.

41. Физиологическая аменорея характерна для:

- А. периода детства;
- В. постменопаузы;
- С. периода лактации;
- Д. беременности;
- Е. все ответы верны.

42. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменорей?

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- В. Обследование по тестам функциональной диагностики.
- С. Краниографию.
- Д. Функциональные гормональные пробы.
- Е. Все перечисленные выше.

43. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами?

- А. Гипоталамической.
- В. Гипофизарной.
- С. Яичниковой.
- Д. Маточной.
- Е. Любой из перечисленных выше.

44. Назовите наиболее характерные клинические проявления постменопаузального остеопороза:

- А. боли в пояснично-крестцовом и грудном отделах позвоночника;
- В. уменьшение роста, изменение осанки;
- С. уменьшение массы тела;
- Д. прогрессирующее ограничение двигательной функции позвоночника;
- Е. все перечисленные выше.

45. Укажите наиболее эффективный метод ранней диагностики постменопаузального остеопороза:

- А. рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- В. моно- и бифотонная абсорбциометрия;
- С. компьютерная томография;
- Д. рентгенография кисти;
- Е. определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови.

46. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза яв-

ляется:

- А. диетотерапия;
- В. физиотерапия и ЛФК;
- С. гормонотерапия;
- Д. витаминотерапия;
- Е. назначение препаратов — ингибиторов остеокласт-опосредованной костной резорбции.

47. Для лечения атрофического кольпита применяют:

- А. «Фарматекс»;
- В. «Полижинакс»;
- С. «Ваготил»;
- Д. «Овестин»;
- Е. все перечисленные выше препараты.

48. Для заместительной гормональной терапии в климактерическом периоде используют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Климена»;
- В. «Ливиала»;
- С. «Даназола»;
- Д. конъюгированных эстрогенов в сочетании с медроксипрогестерона ацетатом;
- Е. «Клиогеста».

49. При синдроме поликистозных яичников наблюдаются все перечисленные ниже симптомы, кроме:

- А. гипоплазии матки;
- В. двустороннего увеличения яичников;
- С. гипертрихоза;
- Д. уменьшения костной массы;
- Е. первичного бесплодия.

50. К синтетическим аналогам прогестерона (прогестагенам) относятся все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Дюфастона»;
- В. «Неместрана» («Гестренона»);
- С. «Овестина»;
- Д. «Оргаметрила»
- Е. «Норколута».

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	D	21	E	41	E
2	D	22	A	42	E
3	E	23	B	43	D
4	D	24	D	44	E
5	A	25	C	45	B
6	B	26	E	46	C
7	E	27	D	47	D
8	D	28	D	48	C
9	D	29	C	49	D
10	E	30	E	50	C
11	D	31	C		
12	C	32	D		
13	D	33	A		
14	B	34	D		
15	D	35	C		

16	C	36	D		
17	C	37	E		
18	E	38	D		
19	B	39	A		
20	C	40	D		

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

ЗАДАЧА № 1

Женщине 20 лет. Роды - 1, два месяца назад, осложнились гестозом тяжелой степени на фоне гипертонической болезни. Лактационная аменорея, в будущем планирует роды.

Вызвана к врачу по поводу контрацепции.

Вид контрацепции:

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция

Время введения контрацептива:

6. с 1-го дня менструального цикла
7. через 2 месяца после родов
8. через 6 месяцев после родов
9. в конце менструации
10. после восстановления менструального цикла

Длительность применения контрацептива:

11. до 1 года
12. до 3-х лет
13. до 5-и лет
14. в зависимости от типа контрацептива

Необходимо осуществлять контроль за состоянием:

15. матки (тонус, кровотечение)
16. менструальной функции
17. температуры тела
18. молочных желез
19. сахара крови

Периодичность наблюдения:

- 20. 1 раз в три месяца
- 21. 2 раза в год
- 22. 1 раз в год

ЗАДАЧА № 2

Женщине 19 лет. Роды - 1, шесть месяцев назад; кормит грудью. Менструальная функция восстановилась через 4 месяца после родов. Роды в ближайшее время не планирует. Решается вопрос о контрацепции.

Вид контрацепции:

- 1. ВМК
- 2. Хирургическая стерилизация
- 3. Гормональная контрацепция
- 4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
- 5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Время проведения контрацепции:

- 6. В конце менструации
- 7. С 1-го дня менструального цикла
- 8. С 5-го дня менструального цикла
- 9. В 1-ую фазу менструального цикла
- 10. В любое время, но не перед менструацией;

Необходимо осуществлять контроль за состоянием:

- 11. температуры тела
- 12. менструальной функции
- 13. артериального давления
- 14. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
- 15. наблюдение как за здоровой женщиной

Периодичность наблюдения:

- 16. 1 раз в три месяца
- 17. 2 раза в год
- 18. 1 раз в год

ЗАДАЧА № 3

Женщине 20 лет. Беременность первая; поступила на миниаборт; беременность в ближайшем будущем нежелательна. Соматически здорова. Со стороны гениталий патологии не обнаружено. Половая жизнь регулярная.

Вид контрацепции:

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Тип гормонов:

6. гестагены
7. эстроген-гестагенные препараты;

Препараты:

8. Постинор
9. Овидон
10. Нон-овлон
11. Демулен
12. Триквилар
13. Тризистон
14. Марвелон
15. Микрогенон;

Начало применения препарата:

16. с первого дня менструального цикла
17. с пятого дня менструального цикла
18. в первую фазу менструального цикла
19. по окончании аборта
20. в день аборта
21. через 1 месяц после аборта;

Длительность применения препарата:

22. до 6 месяцев
23. до 1 года
24. до 1,5 лет
25. до 2-х лет
26. свыше 2-х лет;

Контроль за состоянием:

27. менструальной функции
28. коагулограммы
29. артериального давления
30. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)

- 31. сахара крови
- 32. матки (тонус, кровотечение)
- 33. наблюдение как за здоровой женщиной;
Периодичность наблюдения:
- 34. 1 раз в три месяца
- 35. в течение первого месяца
- 36. 2 раза в год
- 37. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 4

Женщине 26 лет. Родов - 1, аборт -2, поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: самопроизвольный выкидыш в сроке беременности 10 нед. Беременность была желанная, состояла на д/учете по беременности. Решается вопрос о контрацепции.

Вид контрацепции:

- 1. ВМК
- 2. Хирургическая стерилизация
- 3. Гормональная контрацепция
- 4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
- 5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Тип гормонов:

- 6. гестагены
- 7. эстроген-гестагенные препараты;

Препараты:

- 8. Постинор
- 9. Овидон
- 10. Нон-овлон
- 11. Демулен
- 12. Триквилар
- 13. Тризистон
- 14. Марвелон
- 15. Микрогенон;

Начало применения препарата:

- 16. с первого дня менструального цикла
- 17. с пятого дня менструального цикла
- 18. в день выскабливания полости матки

19. с пятого дня после выскабливания

20. через 2 месяца после операции;

Длительность применения препарата:

21. до 6 месяцев

22. до 1 года

23. до 1,5 лет

24. до 2-х лет

25. свыше 2-х лет;

Контроль за состоянием:

26. менструальной функции

27. коагулограммы

28. артериального давления

29. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)

30. сахара крови

31. матки (тонус, кровотечение)

32. наблюдение как за здоровой женщиной;

Периодичность наблюдения:

33. 1 раз в три месяца

34. в течение первого месяца

35. 2 раза в год

36. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 5

Женщине 23 года. Роды - 1, аборт - 1, выписалась из инфекционного отделения, где лечилась по поводу вирусного гепатита тяжелой степени. Обратилась в женскую консультацию по поводу контрацепции. В дальнейшем планирует роды.

Вид контрацепции:

1. ВМК

2. Хирургическая стерилизация

3. Гормональная контрацепция

4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция

5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Время введения контрацептива:

6. в первый день менструального цикла

7. с пятого дня менструального цикла

8. в конце очередной менструации

- 9. через 2 месяца после выписки из стационара
- 10. через 6 месяцев после выписки из стационара;
- Длительность применения препарата:
- 11. до 6 месяцев
- 12. до 1 года
- 13. до 5 лет
- 14. до 7 лет
- 15. в зависимости от типа контрацептива;

Контроль за состоянием:

- 16. менструальной функции
- 17. коагулограммы
- 18. артериального давления
- 19. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
- 20. сахара крови
- 21. матки (тонус, кровотечение)
- 22. наблюдение как за здоровой женщиной
- 23. печеночных проб;
- Периодичность наблюдения:
- 24. в течение первого месяца
- 25. 1 раз в три месяца
- 26. 2 раза в год
- 27. 1 раз в год
- 28. ежемесячно.

ЗАДАЧА № 6

Женщине 28 лет. Родов - 2, аборт - 3. Шесть месяцев назад оперирована по поводу рака щитовидной железы, состоит на д/учете у гинеколога по поводу интерстициальной миомы матки с субсерозным ростом размером 7-8 недель. Роды не планирует. Обратилась с просьбой о контрацепции.

Вид контрацепции:

- 1. ВМК
- 2. Хирургическая стерилизация
- 3. Гормональная контрацепция
- 4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
- 5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Время проведения контрацепции:

6. В конце менструации
 7. С 1-го дня менструального цикла
 8. С 5-го дня менструального цикла
 9. В 1-ую фазу менструального цикла
 10. В любое время, но не перед менструацией;
- Контроль за состоянием:
11. менструальной функции
 12. коагулограммы
 13. артериального давления
 14. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
 15. сахара крови
 16. матки (тонус, кровотечение)
 17. наблюдение как за здоровой женщиной
 18. печеночных проб;
- Периодичность наблюдения:
19. в течение первого месяца
 20. 1 раз в три месяца
 21. 2 раза в год
 22. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 7

Женщине 22 года. Роды -1 (год назад), аборт - 0. Менструации регулярные, обильные, сопровождаются анемией. У женщины выраженный гипертрихоз. Обратилась с просьбой о контрацепции.

Вид контрацепции:

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Тип гормонов:

6. гестагены
7. эстроген-гестагенные препараты
8. комбинированные с антиандрогенным эффектом;

Препараты:

9. Постинор

10. Овидон
11. Нон-овлон
12. Демулен
13. Триквилар
14. Тризистон
15. Марвелон
16. Микрогенон
17. Диане-35;

Начало применение препарата:

18. с первого дня менструального цикла
19. с пятого дня менструального цикла
20. в конце менструации
21. в первую фазу менструального цикла;

Длительность применения препарата:

22. до 6 месяцев
23. до 1 года
24. до 1,5 лет
25. до 2-х лет
26. свыше 2-х лет.

Контроль за состоянием:

27. менструальной функции
28. коагулограммы
29. артериального давления
30. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
31. сахара крови
32. матки (тонус, кровотечение)
33. наблюдение как за здоровой женщиной;

Периодичность наблюдения:

34. 1 раз в три месяца
35. в течение первого месяца
36. 2 раза в год
37. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 8

Женщине 34 года. Родов - 3, аборт - 0; соматически и гинекологически здорова. Обратилась к гинекологу для удаления ВМК, которым пользуется в течение 8 лет. С ВМК

дискомфорта неощущала. Пришла к врачу на 3-й день менструального цикла. В дальнейшем для контрацепции хотела бы вновь применять ВМК. Что Вы ей порекомендуете из контрацептивов в настоящее время?

Вид контрацепции:

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Тип гормонов:

6. гестагены
7. эстроген-гестагенные препараты;

Препараты:

8. Постинор
9. Овидон
10. Нон-овлон
11. Демулен
12. Триквилар
13. Тризистон
14. Марвелон
15. Микрогенон
16. Диане-35;

Начало применение препарата:

17. в день удаления ВМК
18. с первого дня менструального цикла
19. с пятого дня менструального цикла
20. в конце менструации;

Длительность применения препарата:

21. 1-2 месяца
22. 3-4 месяца
23. 6 месяцев
24. 1 год
25. 1,5-2 года;

Контроль за состоянием:

26. менструальной функции

- 27. коагулограммы
- 28. артериального давления
- 29. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
- 30. сахара крови
- 31. матки (тонус, кровотечение)
- 32. наблюдение как за здоровой женщиной;
Периодичность наблюдения:
- 33. 1 раз в три месяца
- 34. в течение первого месяца
- 35. 2 раза в год
- 36. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 9

Женщине 36 лет. Родов - 3, аборт - 7; в будущем роды не планирует. Состоит на д/учете у уролога с диагнозом: мочекаменная болезнь, вторичный пиелонефрит, ПН₀. Последние два аборта осложнились гипотоническим кровотечением.

Что Вы ей порекомендуете из контрацептивов в настоящее время?

Вид контрацепции:

- 1. ВМК
- 2. Хирургическая стерилизация
- 3. Гормональная контрацепция
- 4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
- 5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Время проведения контрацепции:

- 6. В конце менструации
- 7. С 1-го дня менструального цикла
- 8. С 5-го дня менструального цикла
- 9. В 1-ую фазу менструального цикла
- 10. В любое время, но не перед менструацией;

Контроль за состоянием:

- 11. температуры тела
- 12. менструальной функции
- 13. артериального давления
- 14. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
- 15. наблюдение как за здоровой женщиной;

Периодичность наблюдения:

16. 1 раз в три месяца

17. 2 раза в год

18. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 10

Женщине 32 года. Поступила на дородовую госпитализацию в сроке беременности 38 нед. В анамнезе: родов - 1 (родоразрешение путем кесарева сечения в связи с гестозом тяжелой степени), аборт - 8. В роддоме поставлен диагноз: беременность 38-39 недель, гестоз средней степени тяжести на фоне гипертонической болезни I стадии, ожирение III степени. Данные УЗИ: имеется истончение рубца. Готовится на плановую операцию кесарева сечения. Решается вопрос о последующей контрацепции.

Вид контрацепции:

1. ВМК

2. Хирургическая стерилизация

3. Гормональная контрацепция

4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция

5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Время проведения контрацепции:

6. через 2 месяца после операции кесарева сечения

7. через 4-6 месяцев после операции кесарева сечения

8. во время операции кесарева сечения

9. при выписке из роддома;

Контроль за состоянием:

10. температуры тела

11. менструальной функции

12. артериального давления

13. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)

14. наблюдение как за соматически больной женщиной;

Периодичность наблюдения:

15. 1 раз в три месяца

16. в течение первого месяца

17. 2 раза в год

18. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 11

Женщине 42 года. Родов - 2 аборт - 10. Состоит на д/учете у гинеколога с диагнозом аденомиоз. Соматически здорова; менструации умеренные. Что Вы ей порекомендуете из контрацептивов в настоящее время?

Вид контрацепции:

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Тип гормонов:

6. гестагены
7. эстроген-гестагенные препараты;

Препараты:

8. Постинор
9. Овидон
10. Нон-овлон
11. Демулен
12. Триквилар
13. Тризистон
14. Марвелон
15. Микрогенон
16. Диане-35
17. Норколут;

Начало применения препарата:

18. с первого дня менструального цикла
19. с пятого дня менструального цикла
20. в день обращения к врачу;

Длительность применения препарата:

21. 1-2 месяца
22. 3-4 месяца
23. 6 месяцев
24. 1 год
25. 1,5-2 года;

Контроль за состоянием:

- 26. менструальной функции
- 27. коагулограммы
- 28. артериального давления
- 29. анализа крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)
- 30. сахара крови
- 31. матки (тонус, кровотечение)
- 32. наблюдение как за здоровой женщиной;

Периодичность наблюдения:

- 33. 1 раз в три месяца
- 34. в течение первого месяца
- 35. 2 раза в год
- 36. 1 раз в год.

ЗАДАЧА № 12

При приеме орального контрацептива женщина допустила перерыв в 36 часов. Обратилась к врачу с рекомендациями. Каков Ваш совет?

- 1. Прервать прием орального контрацептива, дождаться менструалеподобной реакции, после чего продолжить гормональную контрацепцию.
- 2. Очередную таблетку принять в обычное время.
- 3. Принять пропущенную таблетку сразу же, а следующую – в обычное время.

При приеме орального контрацептива женщина допустила перерыв в 52 часа. Обратилась к врачу с рекомендациями. Каков Ваш совет?

- 4. Прервать прием орального контрацептива, дождаться менструалеподобной реакции, после чего продолжить гормональную контрацепцию.
- 5. Очередную таблетку принять в обычное время.
- 6. Принять пропущенную таблетку сразу же, а следующую – в обычное время.

При наступлении беременности на фоне применения каких средств контрацепции есть риск возникновения пороков развития плода?

- 7. ВМК
- 8. Хирургическая стерилизация
- 9. Гормональная контрацепция
- 10. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
- 11. Химическая (спермицидная) контрацепция
- 12. Степень риска соизмерима;

Какой вид гормональных контрацептивов Вы порекомендуете соматически и гинекологически здоровой 20-летней нерожавшей женщине.

13. монофазные препараты

14. трехфазные препараты

15. чистые гестагены

16. двухфазные препараты;

Можно ли лечить климактерический синдром синтетическими прогестинами?

17. да

18. нет

19. дискутабельно, но можно попробовать;

Какой вид гормональных контрацептивов Вы порекомендуете соматически здоровой женщине старше 40 лет, состоящей на учете у гинеколога по поводу бессимптомной ин-терстициальной миомы матки с субсерозным ростом размером 5-6 недель?

20. монофазные препараты

21. двухфазные препараты

22. трехфазные препараты

23. чистые гестагены

24. по возможности следует воздержаться.

ЗАДАЧА № 13

Какие моменты имеют место при объяснении механизма действия гормональных контрацептивов?

1. Подавление продукции гонадотропных гормонов гипофиза, угнетение секреции яичниковых стероидов

2. Вызывают псевдовоспалительные изменения в эндометрии

3. Вызывают изменение физико-химических свойств цервикальной слизи

4. Вызывают регрессию желез эндометрия и децидуоподобные превращения стромы

5. Вызывают изменение pH влагалища;

Укажите противопоказания к приему гормональных контрацептивов

6. Злокачественные опухоли любой локализации

7. Воспалительные заболевания гениталий

8. Эндометриоз

9. Ревмокардит

10. Глаукома

11. Наличие внематочной беременности в анамнезе;

К Вам по поводу контрацепции обратилась женщина 24 лет, у которой 8 месяцев назад в родах была эклампсия. Что Вы порекомендуете в качестве контрацептивных средств?

12. ВМК

13. Хирургическая стерилизация

14. Гормональная контрацепция

15. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция

16. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Сроки введения ВМК:

17. в первый день менструального цикла

18. накануне менструации

19. после самопроизвольного аборта

20. после мини-аборта

21. на 5-6 день после неосложненных родов

22. в любое время нормального менструального цикла

23. в любое время нормального менструального цикла, но лучше всего во время менструации.

ЗАДАЧА № 14

Женщина, перенесшая неосложненную операцию кесарева сечения, желает ввести ВМК. Каков оптимальный временной интервал от операции до введения ВМК?

1. 2 месяца

2. 4-6 месяцев

3. 1 год;

Какой интергенетический интервал желателен после абдоминального родоразрешения?

4. 1-1,5 года

5. 2 года

6. 3 года

7. 4 года и более;

Есть ли риск возникновения пороков развития плода при наступлении беременности на фоне применения ВМК?

8. есть

9. нет;

Какой вид контрацепции Вы посоветуете женщине 30 лет, имеющей 2-х детей (в анамнезе 5 аборт), состоящей на д/учете терапевта по поводу гипертонической болезни II стадии и у гинеколога по поводу хронического неспецифического аднексита с частыми обострениями?

10. ВМК

11. Хирургическая стерилизация

12. Гормональная контрацепция
13. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
14. Химическая (спермицидная) контрацепция.

ЗАДАЧА № 15

Молодая женщина 16 лет, не замужем, в анамнезе 1 аборт, живет регулярно половой жизнью; партнер один. Обратилась по поводу контрацепции. Что Вы порекомендуете в качестве контрацептивных средств?

1. ВМК
2. Хирургическая стерилизация
3. Гормональная контрацепция
4. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
5. Химическая (спермицидная) контрацепция;

К Вам обратилась 17-летняя женщина с просьбой подобрать противозачаточное средство. Она не замужем, половой жизнью живет 2-3 раза в месяц, а иногда и реже, партнеры разные. Беременностей у нее не было. Что Вы порекомендуете в качестве контрацептивных средств?

6. ВМК
7. Хирургическая стерилизация
8. Гормональная контрацепция
9. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
10. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Какой из названных оральных препаратов является монофазным контрацептивом?

11. Марвелон
12. Антеовин
13. Постинор
14. Триквилар
15. Пимафуцин;

Какой из названных оральных препаратов является двухфазным контрацептивом?

16. Марвелон
17. Антеовин
18. Постинор
19. Триквилар
20. Пимафуцин.

ЗАДАЧА № 16

Какой из названных оральных препаратов является трехфазным контрацептивом?

1. Марвелон
2. Антеовин
3. Постинор
4. Триквилар
5. Пимафуцин;

Какой метод контрацепции Вы посоветуете замужней женщине 28 лет, матери одного ребенка, имеющей одного полового партнера, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей?

6. ВМК
7. Хирургическая стерилизация
8. Гормональная контрацепция
9. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
10. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Какой метод контрацепции Вы посоветуете разведенной женщине 32 лет, имеющей одного ребенка и редкие (1-2 в два месяца) половые связи с одним половым партнером?

11. ВМК
12. Хирургическая стерилизация
13. Гормональная контрацепция
14. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
15. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Какой метод контрацепции Вы посоветуете замужней женщине, страдающей сахарным диабетом, желчнокаменной болезнью, тромбофлебитом, имеющей одного ребенка?

16. ВМК
17. Хирургическая стерилизация (жены, мужа)
18. Гормональная контрацепция
19. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
20. Химическая (спермицидная) контрацепция;

Какой метод контрацепции Вы посоветуете женщине 40 лет, имеющей 3-х детей?

21. ВМК
22. Хирургическая стерилизация (жены, мужа)
23. Гормональная контрацепция
24. Барьерная (механическая, окклюзивная) контрацепция
25. Химическая (спермицидная) контрацепция.

9.3 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 3 «Оперативная гинекология»

Пояснительная записка

Актуальность:

В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных, гинекологических пациентов. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии. В связи с чем возникает необходимость в подготовке специалистов, способных обеспечить охрану здоровья граждан путем оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Цель:

Углубление и расширение базовых, фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе оперативных методов лечения.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам в разделе оперативной гинекологии с целью улучшения репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональных интересов;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания патологических процессов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- Патолофизиологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов у гинекологических пациентов;
- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у гинекологических пациентов;

- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов;
- Виды и объемы оперативной помощи, в т.ч. и неотложной, показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки его выполнения;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику интра- и послеоперационных осложнений;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач с целью оказания специализированной медицинской помощи.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам гинекологического профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-3);
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- организовывать ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (ПК-8).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

3.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	4	4			Текущий контроль(устный)			
3.2	Хирургическая и диагностическая лапароскопия и гистероскопия.	4	4			Текущий контроль(тестовый)			
3.3	Острый живот в гинекологии.Внематочная беременность.Шеечная беременность.	18					18		Текущий контроль (тестовый)
3.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.	4	2	2		Текущий контроль(устный)			
3.5	Доброкачественные новообразования женских половых органов.Эндометриоз.Миома матки. Кисты яичников.	6	6			Текущий контроль(устный)			
	Итого:	36	16	2			18		Промежуточный контроль (тестовый)

Содержание учебного модуля МСП 3 «Оперативная гинекология»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
3.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.
3.1.1	Виды оперативных вмешательств, виды доступов, предоперационная подготовка, послеоперационное ведение. Показания и противопоказания, осложнения.
3.2	Хирургическая и диагностическая лапароскопия и гистероскопия. Показания и противопоказания, осложнения.
3.3	Острый живот в гинекологии.
3.3.1	Эктопическая беременность.
3.3.2	Шеечная беременность.
3.3.3	Перитонит.Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.
3.4.1	Причины, механизмы, влияющие на тяжесть шока.

3.4.2	Неотложная помощь при геморрагическом шоке.
3.5	Доброкачественные новообразования женских половых органов.
3.5.1	Эндометриоз внутренний и наружный. Клиника, диагностика, лечение.
3.5.2	Современная хирургическая тактика при эндометриозе.
3.5.3	Лейомиома матки. Клиника, диагностика, лечение.
3.5.4	Клинические рекомендации «Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация»
3.5.5	Современная хирургическая тактика при лейомиоме матки.
3.5.6	Кистомы яичников. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

ФОРМА КОНТРОЛЯ:

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, неотложная помощь.
2. Эндометриоз. Этиология, классификация, клиника, неотложная помощь.
3. Классификация нарушений менструального цикла.
4. Принципы обследования и лечения при дисфункциональных маточных кровотечениях в детородном возрасте.
5. Принципы обследования и лечения при маточных кровотечениях в климактерическом периоде.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

I. ВОПРОСЫ С ОДНИМ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ОТВЕТОМ

За вопросом (утверждением) следует пять ответов (утверждений). Выберите один наиболее правильный ответ.

1. В процессе эмбриогенеза из парамезонефрических (мюллеровых) протоков развиваются:

- A. маточная труба;
- B. матка;
- C. верхняя треть влагалища;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

2. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:

- A. 1-й неделе гестации;
- B. 14-й неделе гестации;
- C. 30-й неделе гестации;
- D. 7-й неделе гестации;
- E. в раннем неонатальном периоде.

3. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:

- A. маточные трубы;
- B. строму яичников;
- C. тело матки;
- D. круглые связки матки;
- E. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарных образований.

4. Из уrogenитального синуса развиваются:

- A. нижние $2/5$ влагалища;
- B. девственная плева;
- C. преддверие влагалища;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

5. Лимфоотток от тела матки и маточных труб осуществляется в:

- A. поясничные и крестцовые лимфатические узлы;
- B. парааортальные лимфатические узлы;
- C. общие подвздошные лимфатические узлы;
- D. паховые лимфатические узлы;
- E. во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

6. Иннервация матки и влагалища осуществляется:

- A. подчревными и пудендальными нервами;
- B. тазовыми и подчревными нервами;
- C. тазовыми нервами;
- D. пудендальными и запирательными нервами;
- E. запирательными нервами.

7. Кровоснабжение яичников осуществляется:

- A. маточной артерией;
- B. яичниковой артерией;
- C. подвздошно-поясничной артерией;
- D. внутренней половой и яичниковой артериями;
- E. маточной и яичниковой артериями.

8. Маточная артерия является ветвью:

- A. аорты;
- B. общей подвздошной артерии;
- C. наружной подвздошной артерии;
- D. внутренней подвздошной артерии;
- E. подвздошно-поясничной артерии.

9. Широкие связки матки включают:

- A. маточные трубы;
- B. кардинальные связки;
- C. маточные сосуды;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

10. Топографоанатомические особенности яичников:

- A. покрыты брюшиной;
- B. соединены со стенками таза собственными связками;
- C. являются производными парамезонефрического протока;
- D. все ответы верны;
- E. все ответы ошибочны.

11. Продолжительность нормального менструального цикла:

- A. 28-29 дней;
- B. 28-40 дней;
- C. 3-7 дней;
- D. 21-35 дней;
- E. 14-28 дней.

12. Продолжительность нормальной менструации:

- A. 1—3 дня;
- B. 3—5 дней;
- C. 3-7 дней;
- D. 5 дней;
- E. 2-10 дней.

13. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:

- A. 200-250 мл;
- B. 100-150 мл;
- C. 20-30 мл;
- D. 50-70 мл;
- E. 150-200 мл.

14. Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

- A. «пикового» выброса лютеотропина;
- B. снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови;
- C. снижения уровня пролактина в крови;
- D. повышения уровня эстрадиола в крови;
- E. «пикового» выброса фоллитропина.

15. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

- A. правильный ритм менструации;
- B. время наступления первой менструации;
- C. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- D. овуляция;
- E. все перечисленное выше.

16. Какой из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла?

- A. Симптом зрачка.
- B. Кариопикнотический индекс.
- C. Базальная термометрия.
- D. Симптом «папоротника».
- E. Все перечисленное выше.

17. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

- A. эстрадиола;
- B. простагландинов;
- C. прогестерона; D-ЛГ;
- E. ФСГ.

18. «Пик» лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:

- А. значительного повышения уровня пролактина в крови;
- В. уменьшения выработки фоллитропина;
- С. уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона;
- Д. снижения уровня эстрогенов и прогестерона;
- Е. значительного повышения уровня эстрадиола.

19. Циклическая секреция лютеотропина и фоллитропина обеспечивается:

- А. выбросом гонадотропин-релизинг-гормона один раз в 60—90 мин;
- В. механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках;
- С. периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости;
- Д. периодическим выбросом нейротрансмиттеров;
- Е. изменением кровотока в портальной системе гипофиза.

20. Синтез гонадолиберина осуществляется в:

- А. передней доле гипофиза;
- В. задней доле гипофиза;
- С. ядрах гипоталамуса;
- Д. нейронах коры большого мозга;
- Е. в нейронах мозжечка.

21. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:

- А. анализа графика базальной температуры;
- В. ультразвукового мониторинга развития доминантного фолликула;
- С. гистологического исследования соскоба эндометрия;
- Д. лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичников);
- Е. определения концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12—14-й день менструального цикла.

22. Олигодисменорея — это:

- А. редкие и скудные менструации;
- В. редкие и болезненные менструации;
- С. уменьшение кровопотери во время менструации;
- Д. межменструальные скудные кровянистые выделения;
- Е. ничего из перечисленного выше.

23. Меноррагия — это:

- А. ациклические маточные кровотечения;
- В. циклические маточные кровотечения;
- С. болезненные и обильные менструации;
- Д. пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- Е. уменьшение продолжительности менструального цикла.

24. Метроррагия это:

- А. изменение ритма менструации;
- В. увеличение кровопотери во время менструации;
- С. увеличение продолжительности менструации;
- Д. ациклические маточные кровотечения;
- Е. урежение менструаций.

25. Альгодисменорея может быть обусловлена всем перечисленным ниже, кроме:

- А. генитального инфантилизма;
- В. аномалий развития половых органов;
- С. дисплазии шейки матки;
- Д. генитального эндометриоза;

Е. ретродевиации матки.

26. Для пубертатного периода характерны:

- А. «скачок» роста;
- В. появление первой менструации;
- С. появление лобкового и аксиллярного оволосения;
- Д. увеличение молочных желез;
- Е. все перечисленное выше.

27. Причиной преждевременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

- А. опухоли головного мозга;
- В. фолликулярной кисты яичника;
- С. адреногипопитуитарного синдрома;
- Д. дисгенезии гонад;
- Е. гранулезоклеточной опухоли яичников.

28. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

- А. гормональный гемостаз;
- В. наблюдение;
- С. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- Д. исключение локальной «органической» причины кровотечения;
- Е. хирургический гемостаз.

29. Наиболее частым механизмом развития дисфункциональных маточных кровотечений в ювенильном периоде является:

- А. гиполютеинизм;
- В. персистенция фолликулов;
- С. атрезия фолликулов;
- Д. гиперпролактинемия;
- Е. нарушения в свертывающей системе крови.

30. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

- А. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;
- В. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- С. использование андрогенов;
- Д. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;
- Е. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шейечного канала.

31. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Кломифена»;
- В. «Хумегона»;
- С. «Премарина»;
- Д. «Профази»;
- Е. «Клостилбегита».

32. Механизм контрацептивного действия подкожных имплантатов (норпланта) основан на:

- А. подавлении овуляции;
- В. уменьшении количества и повышении вязкости шейечной слизи;
- С. способности вызывать преждевременный лютеолиз;
- Д. все перечисленное выше верно;
- Е. все ответы ошибочны.

33. В состав инъекционных контрацептивов входят:

- А. прогестагены пролонгированного действия;
- В. конъюгированные эстрогены;
- С. микродозы прогестагенов;
- Д. антиандрогены;
- Е. антигонадотропины.

34. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

- А. «Фемоден»;
- В. «Нон-овлон»;
- С. «Марвелон»;
- Д. всеперечисленное выше;
- Е. ни один из перечисленных выше.

35. Сцелью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препаратов начинают:

- А. в период овуляции;
- В. накануне менструации;
- С. с 1-го дня менструального цикла;
- Д. независимо от дня менструального цикла;
- Е. все ответы ошибочны.

36. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- А. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;
- В. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;
- С. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;
- Д. больных с артериальной гипертензией;
- Е. больных с альгоменореей.

37. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

- А. нарушении функции печени;
- В. эпилепсии;
- С. тромбофлебитическом синдроме;
- Д. ожирении III—IV степени;
- Е. всех перечисленных выше заболеваний.

38. Укажите препараты, обладающие антиэстрогенной активностью.

- А. «Кломифен».
- В. «Фарестон».
- С. «Тамоксифен».
- Д. Все перечисленные выше.
- Е. Ни один из перечисленных выше.

39. Ложная аменорея может быть обусловлена:

- А. атрезией канала шейки матки;
- В. аплазией тела матки;
- С. дисгенезией гонад;
- Д. всеми перечисленными выше заболеваниями;
- Е. ни одним из перечисленных выше заболеваний.

40. Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний, кроме:

- А. гипотиреоза;
- В. нейрогенной анорексии;

- С. синдрома тестикулярной феминизации;
- Д. атрезии девственной плевы;
- Е. микро- и макроаденомы гипофиза.

41. Физиологическая аменорея характерна для:

- А. периода детства;
- В. постменопаузы;
- С. периода лактации;
- Д. беременности;
- Е. все ответы верны.

42. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменореи?

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- В. Обследование по тестам функциональной диагностики.
- С. Краниографию.
- Д. Функциональные гормональные пробы.
- Е. Все перечисленные выше.

43. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами?

- А. Гипоталамической.
- В. Гипофизарной.
- С. Яичниковой.
- Д. Маточной.
- Е. Любой из перечисленных выше.

44. Назовите наиболее характерные клинические проявления постменопаузального остеопороза:

- А. боли в пояснично-крестцовом и грудном отделах позвоночника;
- В. уменьшение роста, изменение осанки;
- С. уменьшение массы тела;
- Д. прогрессирующее ограничение двигательной функции позвоночника;
- Е. все перечисленные выше.

45. Укажите наиболее эффективный метод ранней диагностики постменопаузального остеопороза:

- А. рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- В. моно- и бифотонная абсорбциометрия;
- С. компьютерная томография;
- Д. рентгенография кисти;
- Е. определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови.

46. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является:

- А. диетотерапия;
- В. физиотерапия и ЛФК;
- С. гормонотерапия;
- Д. витаминотерапия;
- Е. назначение препаратов — ингибиторов остеокласт-опосредованной костной резорбции.

47. Для лечения атрофического кольпита применяют:

- А. «Фарматекс»;
- В. «Полижинакс»;
- С. «Ваготил»;
- Д. «Овестин»;

Е. все перечисленные выше препараты.

48. Для заместительной гормональной терапии в климактерическом периоде используют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Климена»;
- В. «Ливиала»;
- С. «Даназола»;
- Д. конъюгированных эстрогенов в сочетании с медроксипрогестерона ацетатом;
- Е. «Клиогеста».

49. При синдроме поликистозных яичников наблюдаются все перечисленные ниже симптомы, кроме:

- А. гипоплазии матки;
- В. двустороннего увеличения яичников;
- С. гипертрихоза;
- Д. уменьшения костной массы;
- Е. первичного бесплодия.

50. К синтетическим аналогам прогестерона (прогестагенам) относятся все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Дюфастона»;
- В. «Неместрана» («Гестринона»);
- С. «Овестина»;
- Д. «Оргаметрила»
- Е. «Норколута».

51. Противопоказания к назначению прогестагенов:

- А. миома матки;
- В. кистозная мастопатия;
- С. альгодисменорея;
- Д. все перечисленные выше заболевания;
- Е. ни одно из перечисленных выше заболеваний.

52. Назовите возможные осложнения при приеме прогестагенов:

- А. аллергические реакции;
- В. межменструальные кровянистые выделения;
- С. тошнота, рвота;
- Д. увеличение массы тела;
- Е. все перечисленные выше осложнения.

53. К агонистам гонадотропин-релизинг-гормона относятся:

- А. «Неместран»;
- В. «Даназол»;
- С. «Золадекс»;
- Д. все перечисленные выше препараты;
- Е. ни один из перечисленных выше препаратов.

54. Укажите противопоказания к назначению агонистов гонадотропин-релизинг-гормона.

- А. эндометриоз яичников;
- В. миома матки;
- С. бесплодие эндокринного генеза;
- Д. рак молочной железы;
- Е. ничего из перечисленного выше.

55. Перечислите основные побочные эффекты агонистов гонадолиберина:

- A. «приливы»;
- B. депрессия;
- C. сухость слизистой оболочки влагалища;
- D. ни один из перечисленных выше эффектов.
- E. все перечисленные выше эффекты.

56. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:

- A. выявления гиперэстрогении;
- B. диагностики ановуляции;
- C. уточнения генеза гиперандрогении;
- D. диагностики типичной формы дисгенезии гонад;
- E. выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла.

57. Причиной патологических выделений из сосков молочных желез может быть все перечисленное ниже, кроме:

- A. микроаденомы гипофиза;
- B. гипотиреоза;
- C. длительного применения производных фенотиазина;
- D. аденогенитального синдрома;
- E. внутрипротоковой папилломы молочной железы.

58. Ановуляторные циклические маточные кровотечения являются вариантом нормы в:

- A. пубертатном периоде;
- B. перименопаузальном периоде;
- C. в период лактации;
- D. во всех перечисленных случаях;
- E. такие кровотечения не могут быть отнесены к норме.

59. Наиболее частой причиной кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе является:

- A. рак шейки матки;
- B. рак эндометрия;
- C. подслизистая миома матки;
- D. рак яичников;
- E. эндометриальный полип.

60. Для лечения микотического кольпита применяют:

- A. «Полижинакс»;
- B. «Клотримазол»;
- C. «Пимафуцин»;
- D. все перечисленные выше препараты;
- E. ни один ответ не верен.

61. Для вирусной инфекции половых органов характерно все перечисленное ниже, кроме:

- A. высокой контагиозности;
- B. полового пути инфицирования;
- C. преимущественного поражения маточных труб;
- D. рецидивирующего течения;
- E. высокого онкогенного потенциала возбудителей.

62. Для лечения генитального герпеса применяют:

- A. «Далацин С»;
- B. «Полижинакс»;
- C. «Эпиген-интим»;
- D. «Золадекс»;

Е. все перечисленные выше препараты.

63. При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее локализуется в:

- А. легких;
- В. костях;
- С. моче выделительной системе;
- Д. лимфатических узлах;
- Е. на брюшине.

64. Какие отделы половой системы женщины наиболее часто поражаются при туберкулезе?

- А. Маточные трубы.
- В. Яичники.
- С. Матка.
- Д. Наружные половые органы.
- Е. Влагалище.

65. В каком возрастном периоде наиболее часто выявляют туберкулез внутренних половых органов?

- А. В периоде детства.
- В. В пубертатном периоде.
- С. В репродуктивном периоде.
- Д. В пременопаузальном периоде.
- Е. С одинаковой частотой в любом из перечисленных выше периодов.

66. Основным клиническим симптомом туберкулезного поражения придатков матки?

- А. Хроническая тазовая боль.
- В. Аменорея.
- С. Менометроррагия.
- Д. Первичное бесплодие.
- Е. Вторичное бесплодие.

67. Какой из методов обследования наиболее информативен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?

- А. Кимографическая пертубация.
- В. Гистеросальпингография.
- С. Трансвагинальная эхография.
- Д. Лапароскопия с хромосальпингоскопией.
- Е. Биконтрастная пельвиография.

68. Для гонорейного сальпингита характерно все перечисленное ниже, кроме:

- А. дебюта заболевания в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла;
- В. двустороннего поражения придатков матки;
- С. быстрого эффекта от антибактериальных препаратов;
- Д. отсутствия активации острофазовых показателей крови;
- Е. многоочаговости поражения.

69. Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:

- А. лимфогенный;
- В. гематогенный;
- С. перинеуральный;
- Д. контактный;
- Е. интраканаликулярный.

70. Восходящая гонорея это поражение:

- А. канала шейки матки;
- В. маточных труб;
- С. парауретральных желез;

- D. уретры;
- E. всех перечисленных выше органов.

71. Для гонококков характерны следующие признаки:

- A. положительная окраска по Граму;
- B. расположение внутри клетки (в цитоплазме мононуклеаров);
- C. округлая форма;
- D. тропность к многослойному плоскому эпителию;
- E. все перечисленное выше.

72. Диагноз гонореи может быть установлен на основании:

- A. обнаружения в мазках отделяемого из половых путей микроорганизмов, расположенных парами, в форме диплококков;
- B. отрицательной окраски кокков по Граму;
- C. расположения бактерий внутри клетки;
- D. обнаружения любого из перечисленных признаков;
- E. при установлении диагноза необходимо сочетание всех перечисленных признаков.

73. Наиболее эффективный метод идентификации гонококка:

- A. серологический;
- B. культуральный;
- C. бактериоскопический;
- D. иммунофлюоресцентный;
- E. биологическая провокация с последующей бактериоскопией.

74. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

- A. переход в хроническую форму;
- B. генерализация инфекции с развитием местного или разлитого перитонита;
- C. абсцедирование;
- D. формирование синдрома хронической тазовой боли;
- E. все перечисленное выше.

75. Характерными клиническими проявлениями неспецифического вульвовагинита следует считать все, кроме:

- A. белей;
- B. зуда промежности и влагалища;
- C. диспареунии;
- D. ациклических кровянистых выделений;
- E. все указанные симптомы характерны для вульвовагинита.

76. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:

- A. зуд наружных половых органов и промежности;
- B. диспареуния;
- C. обильные бели с неприятным запахом;
- D. дизурия;
- E. тазовая боль.

77. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:

- A. обнаружение ключевых клеток;
- B. повышение pH влагалищного секрета;
- C. положительный аминотест белей;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

II. ВОПРОСЫ С ПОДБОРОМ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОТВЕТОВ (ВОПРОС-ОТВЕТ)

За перечнем пронумерованных ответов (фраз, пунктов) следует перечень ответов, обозначенных буквами. Для каждого вопроса необходимо подобрать один правильный ответ. Ответы могут быть использованы один раз, несколько раз или не использованы совсем.

Неправильные положения внутренних половых органов:

- 78. опущение матки;
 - 79. неполное выпадение матки;
 - 80. полное выпадение матки.
- А. дно матки находится на уровне плоскости входа в малый таз;
В. тело матки за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле;
С. внутренний зев матки находится ниже интерспинальной линии, опущение стенок влагалища;
D. шейка матки элонгирована, определяется за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле;
Е. внутренний зев матки располагается выше или на уровне интерспинальной линии, опущение стенок влагалища I степени.

Нормальные размеры матки:

- 81. у новорожденной девочки;
 - 82. у взрослой нерожавшей женщины;
 - 83. у рожавшей женщины;
 - 84. в постменопаузе.
- А. 8—9,5 см;
В. 2,5—3 см;
С. 7—8 см;
D. 11-12 см;
Е. 4—5 см.

Основной путь метастазирования при:

- 85. саркоме матки;
 - 86. аденокарциноме эндометрия;
 - 87. раке яичников;
 - 88. раке шейки матки;
 - 89. хориокарциноме.
- А. лимфогенный;
В. гематогенный;
С. имплантационный;
D. перинеуральный;
Е. контактный.

Новообразования придатков матки:

- 90. дермоидная киста;
 - 91. андробластома;
 - 92. гранулезоклеточная опухоль;
 - 93. дисгерминома;
 - 94. папиллярная цистаденома;
 - 95. опухоль Крукенберга;
 - 96. параовариальная киста.
- А. доброкачественная опухоль;
В. злокачественная опухоль;

- С. и доброкачественная, и злокачественная опухоль;
- Д. опухолевидный процесс;
- Е. вторичная (метастатическая) опухоль.

Укажите наиболее характерные нарушения менструальной функции при следующих заболеваниях.

- 97.** подслизистой миоме матки;
- 98.** синдроме поликистозных яичников;
- 99.** эндометриозе яичников;
- 100.** раке эндометрия;
- 101.** андробластоме яичников.

- А. олигодисменорея;
- В. альгодисменорея;
- С. меноррагия;
- Д. метроррагия;
- Е. аменорея.

В вопросах 175—184 укажите основные дифференциально диагностические признаки перечисленных заболеваний:

- 102.** внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта;
- 103.** острого воспаления придатков матки;
- 104.** острого аппендицита;
- 105.** неполного маточного аборта;
- 106.** апоплексии яичника.

А. задержка менструации, схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, отрицательные симптомы раздражения брюшины;

В. менструальная функция не нарушена, боли из эпигастральной области перемещаются на правую подвздошную область, тошнота, рвота, субфебрилитет, положительные симптомы раздражения брюшины в гипогастриальной области;

С. задержка менструации, приступообразные боли внизу живота, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей, слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга в гипогастриальной области;

Д. менструальная функция чаще не нарушена, постоянные боли внизу живота, субфебрилитет или фебрильная температура тела, слабо положительный или отрицательный симптом Щеткина—Блюмберга;

Е. межменструальные кровянистые выделения, острые боли внизу живота, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

107. типичной формы дисгенезии гонад (синдрома Шерешевского—Тернера);

108. синдрома тестикулярной феминизации;

109. адреногенитального синдрома;

110. первичных поликистозных яичников (синдрома Штейна—Левентала);

111. вирилизирующей опухоли яичников.

А. кариотип 46XY, женский морфотип, аплазия гонад, слепо заканчивающееся влагалище, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;

В. кариотип 45X, женский морфотип, низкорослость, гипоплазия наружных и внутренних половых органов, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;

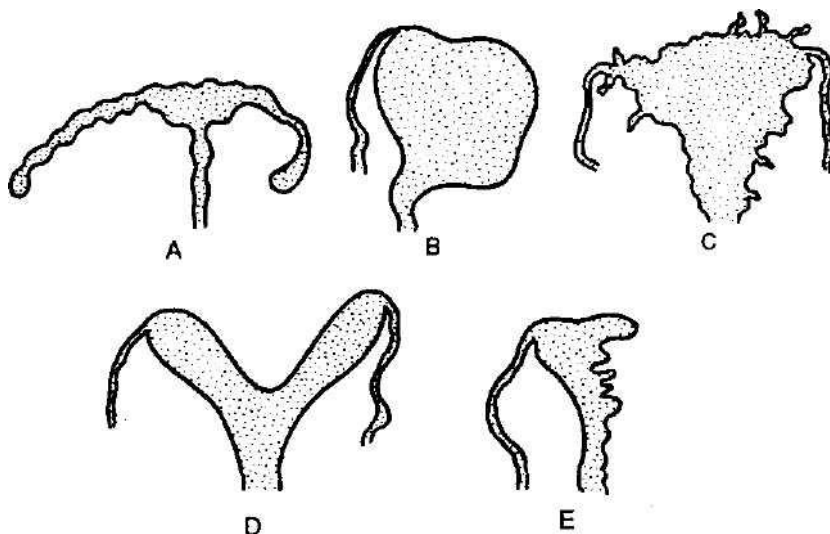
С. кариотип 46XX, женский морфотип, вторичная аменорея, прогрессирующая атрофия молочных желез, увеличение клитора, нарастающий гипертрихоз, значительное повышение содержания тестостерона в крови, отрицательная дексаметазоновая проба;

Д. кариотип 46XX, вирильные черты морфотипа, гипоменструальный синдром, низкий рост, гипертрихоз, гипоплазия молочных желез, повышение уровня 17-кетостероидов в моче, положительная дексаметазоновая проба;

Е. кариотип 46XX, женский морфотип, гипоменструальный синдром, гипертрихоз, избыточная масса тела, гипоплазия матки, двустороннее увеличение яичников, умеренное повышение уровня 17-кетостероидов в моче, слабо положительная дексаметазоновая проба.

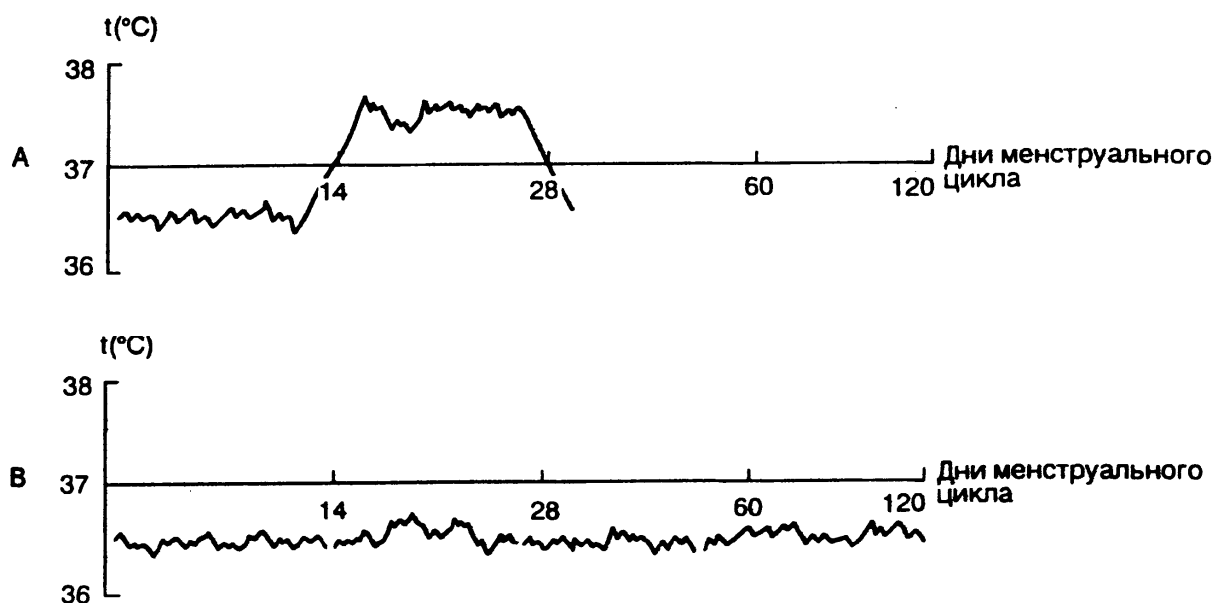
Наиболее характерная рентгенологическая картина:

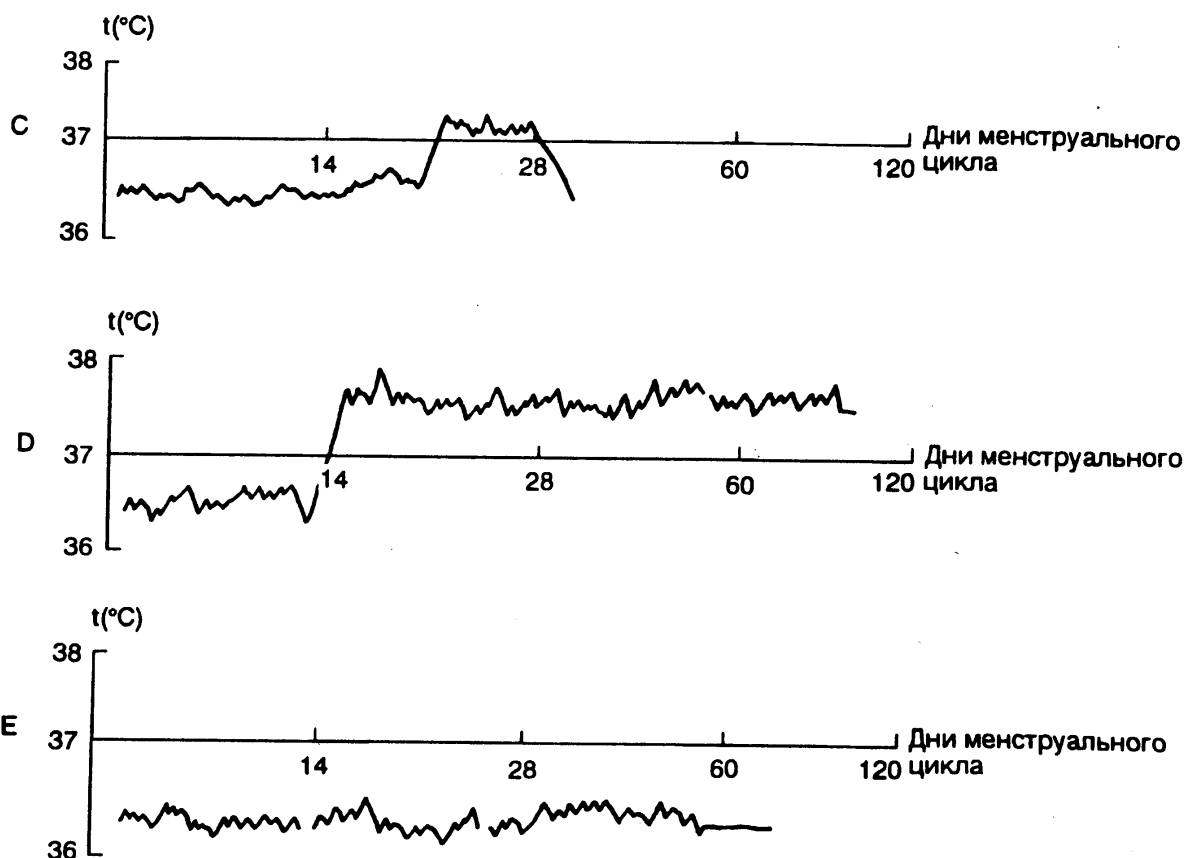
- 112.** подслизистая миома матки;
- 113.** аденомиоз;
- 114.** генитальный туберкулез;
- рак эндометрия;
- 115.** аномалия развития матки.



Какие особенности кривой базальной температуры указывают на наличие следующих состояний?

- 117.** Гиполютеинизма.
- 118.** Персистенции фолликула.
- 119.** Атрезии фолликулов.
- 120.** Беременности.





Опишите особенности кольпоскопической картины перечисленных ниже заболеваний:

194. истинной эрозии;

121. псевдоэрозии (эктопии);

122. эктропиона;

123. лейкоплакии;

124. основы лейкоплакии.

А. белесые, четко отграниченные участки на фоне неизмененного эпителия влагалищной части шейки матки, йоднегативные в пробе Шиллера;

В. йоднегативный дефект эпителия влагалищной части шейки матки;

С. белесые, четко отграниченные участки с мелкими темно-красными точками, йоднегативные в пробе Шиллера;

Д. рубцовая деформация влагалищной части шейки матки, посттравматический выворот слизистой оболочки канала шейки матки;

Е. участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием, плохо окрашивающийся йодом.

Определите степень чистоты влагалищного содержимого.

125. I;

126. II;

127. III;

128. IV.

А. 30—40 лейкоцитов в поле зрения, единичные палочки молочнокислого брожения, определяются грамотрицательные и грамположительные условно-патогенные микроорганизмы;

В. определяются только палочки Додерлейна;

С. все поле зрения покрыто палочками Додерлейна, трихомонадами, видны единичные лейкоциты;

- D. определяются палочки Додерлейна, единичные лейкоциты и небольшое количество грамположительных и грамотрицательных бактерий;
- E. влагалищные палочки отсутствуют, все поле зрения покрыто лейкоцитами, грамположительными и грамотрицательными бактериями, расположенными вне- и внутриклеточно.

III. ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОТВЕТАМИ

Для каждого вопроса (утверждения) один или несколько ответов являются правильными. Для выбора ответов к вопросам используйте приведенную ниже схему:

A — верны ответы 1,2,3.

B — верны ответы 1,3.

C — верны ответы 2,4.

D — верен ответ 4.

E — верны все ответы.

129. Укажите основные биологические свойства эстрогенов:

1. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах;
2. усиливают синтез остеобластов;
3. оказывают антиатеросклеротическое действие;
4. уменьшают свертываемость крови.

130. Перечислите основные биологические свойства прогестерона:

1. вызывает секреторную трансформацию эндометрия;
2. оказывает натрийдиуретическое действие;
3. уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб;
4. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.

131. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма?

1. Симптом «зрачка».
2. Кариопикнотический индекс.
3. Симптом кристаллизации шеечной слизи (симптом «папоротника»).
4. Базальная температура.

132. Предшественниками эстрогенов в яичниках являются:

1. простагландины F2 и E2;
2. андрогены;
3. ингибин;
4. прогестерон.

133. Тканями-мишенями для половых стероидных гормонов являются:

1. слизистая оболочка влагалища;
2. железистые структуры молочных желез;
3. эндометрий;
4. фолликулы кожи.

134. Под женским типом роста волос подразумевают:

1. дугообразную форму линии роста волос на лбу;
2. рост стержневых волос на крестце;
3. горизонтальную линию роста волос над лобком;
4. рост волос по средней линии живота.

135. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается:

1. секреторная трансформация эндометрия;
2. повышение секреции аденогипофизом фоллитропина;

3. регресс желтого тела;
4. рост и созревание фолликула.

136. В лютеиновую фазу менструального цикла происходит:

1. образование желтого тела;
2. нагрубание долек молочных желез;
3. секреторная трансформация эндометрия;
4. снижение секреции пролактина;

137. Основными стероидпродуцирующим и тканями яичников являются:

1. гранулеза;
2. белочная оболочка;
3. текальная оболочка;
4. поверхностный эпителий.

138. Назовите симптомы, свидетельствующие о задержке полового развития:

1. отсутствие менструаций в возрасте 15—16 лет;
2. низкорослость;
3. отсутствие увеличения молочных желез в 12—13 лет;
4. дефицит массы тела.

139. Какие изменения в организме девочки предшествуют первой менструации:

1. «скачок» роста;
2. увеличение молочных желез;
3. начало роста волос на лобке и в подмышечных впадинах;
4. увеличение массы надпочечников.

140. В патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений основное значение имеют:

1. нарушение цирхорального ритма выделения релизинг-фактора гонадотропных гормонов;
2. нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов;
3. нарушение процессов роста и созревания фолликулов в яичниках;
4. отсутствие овуляции.

141. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу персистенции фолликула характерно:

1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
2. монофазная базальная температура;
3. задержка менструации до 3 мес. и более;
4. гиперплазия эндометрия.

142. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характерно:

1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
2. монофазная базальная температура;
3. слабо выраженный симптом «зрачка»;
4. гиперплазия эндометрия.

143. Основными методами остановки дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном периоде являются:

1. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
2. применение антигонадотропинов;
3. использование больших доз эстрогенов;
4. выскабливание слизистой оболочки тела матки.

144. Укажите механизм действия эстрогенов при проведении гормонального гемостаза:

1. активная пролиферация эндометрия;
2. повышение тонуса миометрия;
3. блокада фоллитропина и нормализация соотношения лютеотропин/фоллитропин;
4. отторжение (десквамация) эндометрия.

145. Под воздействием 17-оксипрогестерона капроната происходит:

1. снижение митотической активности железистого эпителия;
2. секреторная трансформация эндометрия;
3. повышение дифференцировки атипического эндометрия;
4. стимуляция образования и выделения гонадотропных гормонов.

249. Гормональный гемостаз неэффективен при маточных кровотечениях, обусловленных:

1. длительной персистенцией фолликула;
2. задержкой остатков плодного яйца в полости матки;
3. атрезией фолликулов;
4. миомой матки с подслизистым расположением узла.

146. Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими ановуляторными маточными кровотечениями:

1. железисто-кистозная гиперплазия;
2. атипическая гиперплазия;
3. эндометриальный полип;
4. аденокарцинома.

147. Для профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде применяют:

1. препараты, стимулирующие овуляцию;
2. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
3. «чистые» гестагены;
4. циклическую гормональную терапию.

148. Сцелью регуляции менструального цикла у девочек пубертатного периода используют:

1. циклическую витаминотерапию;
2. преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию;
3. циклическую гормональную терапию;
4. комбинированные эстроген-гестагенные препараты.

149. Для циклической витаминотерапии применяют:

1. фолиевую кислоту с 1-го по 16-й день менструального цикла;
2. токоферола ацетат с 16-го по 28-й день менструального цикла;
3. аскорбиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла;
4. никотиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла.

150. Для циклической гормональной терапии используют:

1. трехфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
2. естественные и синтетические эстрогены с 5-го по 16-й день менструального цикла;
3. двухфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
4. «чистые» гестагены с 16-го по 25-й день менструального цикла.

151. Морфологические признаки первичных поликистозных яичников:

1. утолщение и склероз белочной оболочки яичников;
2. кистозная атрезия фолликулов;

3. гиперплазия стромы яичников;
4. гиперплазия тека-клеток кистозно-атрезирующихся фолликулов.

152. Для болезни поликистозных яичников характерны:

1. гипоплазия матки;
2. первичное бесплодие;
3. двустороннее увеличение яичников;
4. высокая частота гиперпластических процессов в эндометрии.

153. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:

1. врожденная паховая грыжа;
2. первичная аменорея;
3. отсутствие аксиллярного и лобкового оволосения;
4. наличие неполноценных тестикул, расположенных в брюшной полости, паховых каналах или в толще больших половых губ.

154. Укажите возможные причины первичной аменореи:

1. генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;
2. генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;
3. нарушение функции гипоталамических структур под влиянием тяжелых инфекций, перенесенных в детском возрасте;
4. ожирение.

155. Вторичная аменорея может быть следствием:

1. психогенного стресса;
2. массивной кровопотери в родах;
3. выраженного дефицита массы тела;
4. туберкулеза половых органов.

156. Назовите дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить генез первичной аменореи:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. определение полового хроматина и кариотипа;
3. гормональные функциональные пробы;
4. лапароскопия с прицельной биопсией гонад.

157. Для уточнения генеза вторичной аменореи необходимо произвести:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. рентгенографию черепа в двух проекциях;
3. лапароскопию с прицельной биопсией гонад;
4. определение уровня гонадотропинов и половых стероидных гормонов в крови.

158. Положительная проба с прогестероном означает:

1. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма;
2. отсутствие маточной формы аменореи;
3. недостаточную продукцию прогестерона в организме;
4. центральный генез аменореи.

159. Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе:

1. проба с люлиберином;
2. проба с кломифеном;
3. проба с гонадотропинами;
4. большая дексаметазоновая проба.

160. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:

1. быстрое увеличение массы тела;
2. транзиторная гипертензия;
3. нарушение менструальной и детородной функций;
4. умеренная гиперандрогения.

161. Характерные проявления предменструального синдрома:

1. депрессия;
2. нагрубание и болезненность молочных желез;
3. цефалгия;
4. метеоризм.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача №1.

Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднение мочеиспускания. В анамнезе одни роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез неотягощен. Постменопауза 4 года. Гинекологический статус: имеется расхождение ножжек мышц, поднимающих задний проход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяются тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки; передняя и задняя стенки влагалища опущены.

162. Ваш диагноз?

- А. Выворот матки.
- В. Неполное выпадение матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки.
- С. Полное выпадение матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки, цисто- и ректоцеле.
- Д. Опущение стенок влагалища, несостоятельность мышц тазового дна.
- Е. Элонгация шейки матки, цисто- и ректоцеле.

163. Какие осложнения возможны при данном заболевании.

- А. Образование некротической язвы на шейке матки.
- В. Гидроуретеронефроз.
- С. Восходящая инфекция мочевыводящих путей.
- Д. Ущемление матки.
- Е. Всеперечисленные выше.

164. Какова тактика лечения больной?

- А. Постоянное ношение бандажа, лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц тазового дна.
- В. Использование пессария (маточного кольца).
- С. Чревосечение, экстирпация матки с придатками.
- Д. Влагалищная экстирпация матки, передняя и задняя кольпоррафия, леваторопластика.
- Е. Ампутация шейки матки, кольпоперинеоррафия.

Задача № 2.

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Пост менопауза 1,5 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При

влагалищном исследовании; матка небольших размеров, смещена вправо; слева и позади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10—12 см.

165. Предварительный диагноз?

- A. Генитальный эндометриоз.
- B. Киста левого яичника.
- C. Тубоовариальный абсцесс.
- D. Субсерозная миома матки.
- E. Рак яичников.

166. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- A. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища с цитологическим исследованием аспирата.
- B. Определение опухолевых маркеров в крови.
- C. Трансвагинальную эхографию.
- D. Ирригоскопию.
- E. Все перечисленные выше.

167. Какова тактика лечения больной?

- A. Комбинированная антибактериальная и инфузионная терапия.
- B. Удаление правых придатков матки с помощью лапароскопа с последующей гормональной терапией.
- C. Чревосечение, надвлагалищная ампутиация матки с придатками.
- D. Полихимиотерапия в сочетании с лучевой терапией.
- E. Чревосечение, пангистерэктомия, резекция сальника, послеоперационная полихимиотерапия.

Задача № 3.

Больная 39 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Пульс 88 в 1 мин, температура тела 37 °С. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х6 см тугоэластической консистенции, резкое болезненное при смещении; слева придатки не определяются; своды свободны; выделения слизистые.

168. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Кишечная непроходимость.
- B. Почечная колика.
- C. Апоплексия яичника.
- D. Перекрут ножки опухоли яичника.
- E. Острое воспаление придатков матки с тубоовариальным образованием справа.

169. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- A. Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию.
- B. Экскреторную урографию.
- C. Трансвагинальную эхографию.
- D. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- E. Все перечисленные выше.

170. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- A. Холод на живот, антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.
- B. Экстренное чревосечение, удаление правых придатков матки.
- C. Экстренное чревосечение, резекция правого яичника.
- D. Чревосечение в плановом порядке в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.
- E. Пункция патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующим цитологическим исследованием аспирата.

Задача №4.

Больной 54 лет произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5 мм.

171. Определите стадию заболевания.

- A. 0.
- B. IA
- C. IB.
- D. II.
- E. III.

172. Каков первый этап лимфогенного метастазирования при раке шейки матки?

- A. Наружные и внутренние подвздошные и запирательные лимфатические узлы.
- B. Общие подвздошные лимфатические узлы.
- C. Поясничные лимфатические узлы.
- D. Парааортальные лимфатические узлы.
- E. Верхние и нижние ягодичные и латеральные крестцовые лимфатические узлы.

173. Определите объем и тактику лечения больной.

- A. Электрокоагуляция шейки матки с последующей дистанционной лучевой терапией.
- B. Операция Вертгейма с последующей гормональной терапией.
- C. Экстирпация матки без придатков с последующей полихимиотерапией.
- D. Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией.
- E. Симптоматическое лечение.

Задача № 5.

Во время аборта произведена перфорация матки кюреткой.

174. Ваша тактика?

- A. Наблюдение, холод на живот, антибактериальная и утеротоническая терапия.
- B. Удаление остатков плодного яйца под контролем гистероскопии, в дальнейшем — антибактериальная и утеротоническая терапия.
- C. Экстренное чревосечение, ушивание перфорационного отверстия, ревизия органов брюшной полости.
- D. Чревосечение в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии, нарастания признаков внутри-брюшного кровотечения.
- E. Лапароскопия для исключения внутрибрюшного кровотечения.

Задача № 6.

Больная 27 лет с первичным бесплодием поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки.

175. Каков оптимальный объем операции в данном случае?

- A. Гистерэктомия.
- B. Дефундация матки.
- C. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
- D. Консервативная миомэктомия.
- E. Надвлагалищная ампутация матки, биопсия яичников.

Задача № 7.

Больная 43 лет поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, изменены; выделения слизистые.

176. Оптимальный объем операции?

- A. экстирпация матки без придатков,
- B. миомэктомия.
- C. дефундация матки.

177. Какой фактор влияет на выбор объема оперативного вмешательства?

- A. размеры миоматозного узла.
- B. железодефицитной анемии.
- C. состояние шейки матки.
- D. размеры тела матки.

Задача № 8.

Больная 32 лет, поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании матка увеличена до 5-6 недель беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

178. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Дисфункциональное маточное кровотечение.
- B. Нарушенная внематочная беременность.
- C. Воспаление придатков матки.
- D. Миома матки.
- E. Неполный аборт.

179. Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?

- A. Экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионно-трансфузионная терапия.
- B. Гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия.
- C. Экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия.
- D. Раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопа, гемотрансфузия.
- E. Инструментальное удаление остатков плодного яйца, инфузионная и утеротоническая терапия.

Задача № 9.

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном исследовании; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (+ +); матка не увеличена, плотная, подвижная, безболез-

ненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие.

180. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Внутренний эндометриоз тела матки.
- B. Внематочная беременность.
- C. Подслизистая миома матки.
- D. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
- E. Рак тела матки.

181. Наиболее рациональная тактика врача женской консультации?

- A. Произвести цитологическое исследование аспирата полости матки, направить больную к онкологу.
- B. Поставить больную на диспансерный учет, назначить кровоостанавливающие и утеротонические средства.
- C. Направить больную на ультразвуковое исследование органов таза; в случае отсутствия патологических изменений провести гормональный гемостаз.
- D. Направить больную в гинекологический стационар.
- E. Провести гормональный гемостаз под наблюдением врача женской консультации, в случае отсутствия эффекта — плановая госпитализация.

Задача № 10.

Больной 23 лет произведена гистеросальпингография по поводу первичного бесплодия. На рентгенограмме: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с булавовидными расширениями в ампулярных отделах; выхода контрастного вещества в брюшную полость не наблюдается.

182. Для какого заболевания наиболее характерны подобные изменения?

- A. Хронический сальпингит хламидийной этиологии.
- B. Аденомиоз и эндометриоз маточных труб.
- C. Рак маточных труб.
- D. Туберкулез половых органов.
- E. Все перечисленное выше.

Задача № 11.

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 °С. Менструальная функция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, лежала самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12—14—18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

183. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Эндометрит на фоне применения ВМК; нагноение кисты яичника.
- B. Эндометрит на фоне применения ВМК, острый двусторонний сальпингит; пельвиоперитонит.

- С. Эндометрит на фоне применения ВМК; перфорация tuboовариального абсцесса; разлитой перитонит.
- Д. Миома матки с некрозом одного из узлов; острый гнойный сальпингит; разлитой перитонит.
- Е. Рак яичников IV стадии.

184. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

- А. Удаление ВМК с последующей комбинированной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапией в течение 7 дней. В случае отсутствия эффекта — чревосечение по Pfannenstiliu, двусторонняя аднексэктомия.
- В. Дренирование патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующей антибактериальной и инфузионной терапией.
- С. Лечебно-диагностическая лапароскопия; санация и дренирование брюшной полости.
- Д. Экстренное чревосечение; нижнесрединная лапаротомия; пангистерэктомия; дренирование брюшной полости.
- Е. Экстренная лапаротомия; надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами; оментэктомия.

185. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде?

- А. Воздействие на патогенную микрофлору с использованием антибактериальных, антисептических и физических средств.
- В. Борьба с эндогенной интоксикацией.
- С. Восстановление нарушенных функций различных органов и систем.
- Д. Профилактика хирургических осложнений.
- Е. Все перечисленное выше.

Задача № 12.

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется ритм-методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. Объективно состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизистогнойные выделения.

Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены гонококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

186. Ваш диагноз?

- А. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.
- В. Свежая острая восходящая гонорея.
- С. Подострая восходящая гонорея.
- Д. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.
- Е. Все перечисленное выше верно.

187. Назовите методы провокации гонореи.

- А. Массаж уретры.
- В. Внутримышечное введение гоновакцины в количестве 500 млн микробных тел.
- С. Обработка шейки матки и уретры 0,5 % раствором нитрата серебра.
- Д. Применение тепловых преформированных и естественных физических факторов.
- Е. Все перечисленное выше верно.

188. Тактика врача женской консультации.

- А. Провести амбулаторно курс антибактериальной терапии.
- В. Направить больную в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения.
- С. Госпитализировать больную в гинекологический стационар для обследования и лечения.
- Д. Рекомендовать плановую госпитализацию в гинекологический стационар после получения результатов лабораторного обследования (общий анализ крови, мочи, постановка реакции Вассермана, исследование крови на наличие антител к ВИЧ), консультации венеролога, уролога.
- Е. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

189. Каковы критерии излеченности гонорей?

- А. Отсутствие жалоб.
- В. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибактериальной терапии.
- С. Отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов.
- Д. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации в течение 3 менструальных циклов после

Задача № 13.

Больная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, не регулярные, с задержками до 20—25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит. При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, температура тела 37 °С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, безболезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции не правильной формы размером 5 x 6 и 7 x 5 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

190. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Опухоль Крукенберга.
- В. Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталя).
- С. Наружный генитальный эндометриоз.
- Д. Туберкулез половых органов.
- Е. Генитальный хламидиоз.

191. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

- А. Эндоцервикальное введение туберкулина в дозе 20—50 ТЕ.
- В. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.
- С. Гистеросальпингография.
- Д. Лапароскопия с гистологическим исследованием биоптата ткани придатков матки.
- Е. Все перечисленное выше.

192. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной функции у данной больной.

- А. Внутриматочные синехии (синдром Ашермана).
- В. Хроническая ановуляция.
- С. Нарушение проходимости маточных труб, спаечный процесс в малом тазе.
- Д. Все перечисленное выше.
- Е. Ничего из перечисленного выше.

Задача №14.

Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременностей в течение 5 лет. Считает себя больной около 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 5—6 нед. В возрасте 20 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результатов гистологического исследования удаленной ткани больная не знает. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, матка в антефлексии ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа и позади от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8х8 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены; выделения из половых путей слизистые.

193. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- B. Эндометриоидная киста правого яичника.
- C. Абсцесс правого яичника.
- D. Дисгерминома.
- E. Узловатая форма аденомиоза.

194. Какое дополнительное обследование целесообразно провести этой больной для уточнения диагноза?

- A. Ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
- B. Расширенную кольпоскопию.
- C. Гистероскопию.
- D. Гистеросальпингографию.
- E. Все перечисленное выше.

195. Оптимальная лечебная тактика?

- A. Мини-лапаротомия, консервативная миомэктомия.
- B. Антибактериальная терапия в течение 7 дней, в случае отсутствия эффекта чревосечение, удаление правых придатков матки и левой маточной трубы.
- C. Чревосечение, резекция правого яичника с последующей гормональной терапией в течение 6—12 мес.
- D. Применение агонистов гонадотропин-релизинг-гормона в течение 6 мес, в случае отсутствия эффекта лапароскопия, резекция правого яичника.
- E. Лапаротомия, удаление правых придатков матки, резекция левого яичника с последующей полихимиотерапией.

Задача № 15.

Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 7 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции. Менструации с 14 лет, по 5—7 дней, через 35—45 дней, умеренные, безболезненные. При осмотре: больная правильного телосложения, повышенного питания. При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, тело матки уменьшено в размерах, в области придатков матки с обеих сторон пальпируются образования 3х4х4 см, плотные, подвижные, безболезненные. Согласно результатам тестов функциональной диагностики, базальная температура монофазная, кариопикнотический индекс 60—70 %. Спермограмма мужа без патологических изменений.

196. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Болезнь поликистозных яичников.
- B. Генитальный инфантилизм.
- C. Туберкулез половых органов.
- D. Двусторонние дермоидные кисты яичников.
- E. Бесплодие неясного генеза.

197. Какое дополнительное обследование следует провести больной?

- А. Лапароскопию с биопсией яичников и хроматосальпингоскопией.
- В. Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и стенок полости матки, гистологическим исследованием биоптатов.
- С. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
- Д. Определение уровня содержания в крови ФСГ, ЛГ, тестостерона.
- Е. Все перечисленное выше.

198. Тактика лечения больной?

- А. Чревосечение, двусторонняя резекция яичников.
- В. Циклическая гормональная терапия в течение 6—12 мес.
- С. Двусторонняя клиновидная резекция яичников с последующей гормональной терапией.
- Д. Антибактериальная терапия препаратами группы рифампицина и иммуномодуляторами.
- Е. Экстракорпоральное оплодотворение.

Задача № 16.

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно. Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10 x 12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие; выделения слизистые.

199. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Обострение хронического сальпингоофорита с тубовариальным образованием слева.
- В. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- С. Киста левого яичника.
- Д. Рак яичников.
- Е. Эндометриоидная киста левого яичника.

200. Какое дополнительное обследование целесообразно провести в амбулаторных условиях?

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- В. Рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудка и кишечника.
- С. Расширенную кольпоскопию.
- Д. Все перечисленное выше.
- Е. Ничего из перечисленного выше.

201. Тактика врача женской консультации?

- А. Направить больную в онкологический диспансер для решения вопроса о тактике лечения.
- В. Поставить больную на диспансерный учет, рекомендовать повторный осмотр через 1 мес.
- С. Провести курс антибактериальной терапии, в случае отсутствия эффекта — госпитализация.
- Д. Экстренно госпитализировать больную для выполнения оперативного вмешательства.
- Е. Плановая госпитализация больной для хирургического лечения.

Задача № 17.

Больная 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 10 лет, АД 150/90 мм рт. ст. Масса тела 92 кг, рост 150 см. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища легко ранима; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка обычных размеров; придатки не определяются; параметрии свободны.

202. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Атрофический кольпит.
- В. Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода.
- С. Рак тела матки.
- Д. Рак шейки матки.
- Е. Гранулезоклеточная опухоль яичников.

203. Какие дополнительные методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

- А. Раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскобов.
- В. Лапароскопия.
- С. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием аспирата.
- Д. Расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков-отпечатков.
- Е. Все перечисленное выше.

204. Укажите наиболее рациональную тактику врача женской консультации.

- А. Поставить больную на диспансерный учет с повторным посещением женской консультации через 3—4 мес.
- В. Назначить гемостаз комбинированными эстроген-гестагенными препаратами.
- С. Провести гемостаз андрогенами.
- Д. Направить больную на консультацию к онкологу.
- Е. Госпитализировать больную в гинекологический стационар.

Задача № 18.

Больная 26 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голе ней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Считает себя больной в течение 3 лет. Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. С годами тяжесть клинических симптомов не возрастает. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

205. Какая форма предменструального синдрома наиболее вероятна в данном случае?

- А. Цефалгическая.
- В. Нервно-психическая.
- С. Кризовая.
- Д. Отечная.
- Е. Атипическая.

206. Возможные патогенетические механизмы развития данной формы предменструального синдрома?

- А. Снижение секреции прогестерона во вторую фазу менструального цикла, относительная гиперэстрогения.
- В. Нарушения в системе ренин-ангиотензин-ангиотензиноген II.
- С. Транзиторная гиперпролактинемия.
- Д. Гиперпростагландинемия.
- Е. Все перечисленное выше.

207. Какое дополнительное исследование целесообразно провести больной?

- A. Гормональное, включая обследование по тестам функциональной диагностики.
- B. Маммографию.
- C. Исследование выделительной функции почек.
- D. Все перечисленное выше.
- E. Больная не нуждается в дополнительном обследовании, так как диагноз не вызывает сомнений.

208. Какое лечение следует рекомендовать больной?

- A. Диетотерапию с ограничением потребления поваренной соли, молока, жидкости.
- B. Физио- и бальнеотерапию.
- C. Психотерапию.
- D. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов с 5-го по 25-й день менструального цикла.
- E. Все перечисленное выше.

Задача № 19.

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 мин. При трансвагинальной эхографии заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

209. Правильная тактика врача женской консультации.

- A. Экстренно госпитализировать больную для уточнения диагноза и решения вопроса о тактике лечения.
- B. Выдать больничный лист и направить больную для определения титра ХГ в крови или моче. Рекомендовать повторно явиться в ЖК после получения результатов исследования.
- C. Рекомендовать повторно явиться через неделю для контрольного ультразвукового исследования.
- D. Провести обследование по тестам функциональной диагностики.
- E. Произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. В случае отсутствия пунктата выдать больничный лист и рекомендовать повторную явку в женскую консультацию через 5 дней.

210. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

- A. Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- B. Экстренное чревосечение.
- C. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища под контролем УЗИ-датчика.
- D. Гистероскопия с последующим исследованием соскоба эндометрия.
- E. Чревосечение в плановом порядке.

Задача № 20.

У женщины 32 лет вторая беременность закончилась искусственным прерыванием при сроке 12 нед в связи с пузырным заносом.

211. Как должно быть организовано диспансерное наблюдение за больной?

1. Определение уровня ХГ в моче или р-субъединицы ТБГ в крови каждые 2 мес.
2. Диспансерный контроль в течение 2 лет.
3. Контрацепция эстроген-гестагенными препаратами в течение 1 года.
4. Систематическое ультразвуковое исследование.

Задача № 21.

У больной 21 года в условиях гинекологического стационара диагностирована трубная

беременность. Состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина в крови 130 г/л.

212. Какие методы лечения внематочной беременности возможны в данном случае?

1. Экстренное чревосечение, удаление маточной трубы.
2. Лапароскопия, удаление маточной трубы.
3. Резекция маточной трубы с последующим наложением трубного анастомоза с помощью микрохирургической техники.
4. Введение метотрексата в плодное яйцо под контролем трансвагинальной эхографии или лапароскопии.

213. Какова тактика ведения больной?

1. Провести ультразвуковое исследование для исключения эндометрита и/или остатков плодного яйца в полости матки.
2. Произвести выскабливание слизистой оболочки тела матки и удаление остатков плодного яйца под контролем гистероскопии.
3. Назначить инфузионную, антибактериальную и утеротоническую терапию.
4. Провести гормональный гемостаз синтетическими эстроген-гестагенными препаратами.

Задача №22.

Женщине 46 лет произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки и стенок полости матки по поводу нерегулярных менструаций, имеющих характер кровотечений.

214. Какие изменения эндометрия возможны в данной клинической ситуации?

1. Железисто-кистозная гиперплазия.
2. Полипоз.
3. Атипическая гиперплазия.
4. Атрофия эндометрия.

Задача № 23.

Больная 24 лет госпитализирована в гинекологическое отделение для обследования по поводу первичного бесплодия. Из анамнеза: замужем 3 года, муж обследован, здоров. Менструации регулярные, скудные, болезненные. Базальная температура двухфазная. При влагалищном исследовании: матка в антефлексии, не увеличена, ограниченно подвижна; придатки с обеих сторон утолщены, чувствительные при пальпации; своды глубокие.

215. Какие методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза и генеза бесплодия?

1. Лапароскопию с хромосальпингоскопией.
2. Туберкулиновые пробы.
3. Трансвагинальную эхографию.
4. Гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием.

Задача №24.

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и девять медицинских абортов. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу него произведена диатермокоагуляция. При влагалищном исследовании:

шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и за крытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии — на 12 часах.

216. Какое дополнительное обследование требуется этой больной?

1. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности влагалищной части шейки матки.
2. Углубленное бактериологическое и вирусологическое исследование мазков выделений из канала шейки матки.
3. Биопсия шейки матки с раздельным выскабливанием слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки.
4. Определение содержания опухолевых маркеров (СА- 125) в крови.

217. Какие патоморфологические изменения шейки матки возможны у данной больной?

1. Умеренная или выраженная пролиферация базального и парабазального слоев многослойного плоского эпителия (базальноклеточная активность), нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону ядра, акантоз, базальная мембрана интактна.
2. Гипер- и паракератоз поверхностных клеток многослойного плоского эпителия, акантоз, лейкоцитарно- лимфоцитарная инфильтрация стромы.
3. Плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки.
4. Умеренная дисплазия цилиндрического эпителия влагалищной части шейки матки.

218. Вероятные причины заболевания шейки матки у данной больной?

5. Травма шейки матки в родах.
6. Неправильные диагностика и лечение патологических изменений шейки матки в прошлом.
7. Воспалительные заболевания шейки матки.
8. Нейроэндокринные нарушения, связанные с многократным искусственным прерыванием беременности.

219. Какое лечение следует рекомендовать больной?

1. Местное применение тампонов с мазями, содержащих антибиотики и препараты, повышающие регенеративную способность эпителия.
2. Обработку шейки матки лучом гелий-неонового лазера.
3. Электрохирургическое или криогенное воздействие.
4. Хирургическое лечение.

Задача № 25.

Больная 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта, последний из них, произведенный 2 года назад, осложнился гематометрой, в связи с чем были произведены эвакуация гематометры, контрольное выскабливание стенок полости матки; в дальнейшем развился метроэндометрит. При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 в 1 мин, АД 125/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8—9 нед беременности, плотная, ограниченно подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

220. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. Дисфункция яичников перименопаузального периода.
2. Миома матки.
3. Рак эндометрия.
4. Внутренний эндометриоз тела матки.

221. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной?

1. Метроррагия.
2. Гиперполименорея,
3. Опсоменорея.
4. Альгодисменорея.

222. В какие дни менструального цикла наиболее целесообразно произвести гистеросальпингографию данной больной?

1. В период менструации (1—3-й день менструального цикла).
2. В лютеиновую фазу менструального цикла (на 23—25-й день).
3. В период предполагаемой овуляции (12—14-й день менструального цикла).
4. В фолликулярную фазу цикла (на 5—7-й день менструального цикла).

223. Наиболее вероятные результаты гистологического исследования эндометрия (выскабливание произведено на 25-й день менструального цикла)?

1. Эндометриальный полип.
2. Эндометрий в фазе поздней секреции.
3. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
4. В соскобе из полости матки и канала шейки матки обнаружены эндометриоидные гетеротопии.

Задача № 26.

Больная 15 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 3 мес и продолжаются в течение 12 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом, отмечает частые носовые кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 90 г/л, гематокрит 28 %. Живот мягкий, безболезненный. Результаты гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

224. При каком заболевании может наблюдаться описанная клиническая картина?

1. Дисфункциональное маточное кровотечение ювенильного периода.
2. Геморрагические васкулиты.
3. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).
4. Гранулезоклеточные опухоли яичников.

225. Какое дополнительное исследование необходимо провести больной с целью уточнения диагноза?

1. Развернутый анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов.
2. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и брюшной полости.
3. Изучение состояния свертывающей системы крови (тромбоэластография, протромбиновое время и т.д.).
4. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки.

226. Какое состояние эндометрия возможно у данной больной?

1. Эндометрий в фазе поздней секреции.
2. Эндометрий в фазе пролиферации.

3. Атипическая гиперплазия эндометрия.
4. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Задача № 27.

Больная 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. В анамнезе двое срочных родов, пять медицинских аборт, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 6 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удален год назад. Считает себя больной в течение 6 мес, к врачу не обращалась. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 78 в 1 мин, ритмичный, АД 125/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина 80 г/л. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, тело матки увеличено до размеров, соответствующих 6- 7 нед беременности, округлое, подвижное, безболезненное; придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная; своды выражены; параметрии свободны; выделения из половых путей слизистые.

227. Для каких гинекологических заболеваний характерна описанная выше клиническая картина?

1. Миома матки с подслизистым расположением одного из узлов.
2. Внутренний эндометриоз тела матки.
3. Хронический эндометрит.
4. Дисфункциональное маточное кровотечение пременопаузального периода.

228. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?

1. Ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
2. Гистеросальпингографию.
3. Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов.
4. Лапароскопию.

229. Каковы наиболее вероятные причины гиперполименореи у данной больной?

1. Снижение сократительной активности миометрия.
2. Относительная гиперэстрогения.
3. Увеличение площади менструирующей поверхности матки.
4. Нарушения в свертывающей системе крови.

Задача № 28.

Больная 52 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара до 10 раз в сутки, боли в области сердца, транзиторное повышение АД до 150/90 мм рт.ст. Постменопауза 2,5 года. При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище в состоянии возрастной инволюции, матка уменьшена в размере, придатки не пальпируются.

230. Наиболее характерные субъективные ощущения прилива жара?

1. Чувство жара.
2. Сердцебиение, затруднение дыхания.
3. Покраснение кожи лица.
4. Гипергидроз.

231. Возможные патогенетические механизмы возникновения «приливов»?

1. Увеличение пульсирующего выброса люлиберина и связанное с этим повышение уровня лютеотропина.
2. Нарушение процесса центральной терморегуляции.

3. Изменение обмена катехоламинов в гипоталамусе, обусловленное эстрогенной недостаточностью.
4. Дисфункция эрго- и трофотропного отделов вегетативной нервной системы

232. В отличие от ишемической болезни сердца для климактерической миокардиодистрофии характерно следующее:

1. отсутствие прямой зависимости между тяжестью кардиалгии и изменениями ЭКГ;
2. отсутствие изменений конечной части желудочкового комплекса (уплощения и инверсии волны *T*, депрессии сегмента *ST*);
3. отрицательная проба с нитроглицерином;
4. положительная функциональная проба с обзиданом.

233. Какое лечение следует рекомендовать данной больной?

1. Психотерапию, рациональную физио- и бальнеотерапию.
2. Естественные или конъюгированные эстрогены в сочетании с прогестагенами.
3. Исключение вредных привычек (курения), рациональную дозированную физическую нагрузку.
4. Органические нитраты (нитроглицерин, сустанг и т.д.).

Задача № 29.

Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пульс 110—112 в 1 мин, АД 125/70 мм рт.ст., язык сухой, обложен белым налетом; живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастрической области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервикоза; тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки; задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

234. При каких заболеваниях возможна описанная выше клиническая картина?

1. Острый деструктивный аппендицит.
2. Кишечная токсикоинфекция.
3. Острое воспаление придатков матки, пельвиоперитонит.
4. Болезнь Крона.

235. Какие особенности анамнеза и клинической картины заболевания указывают на наличие гинекологической патологии?

1. Локализация и характерная иррадиация болей.
2. Появление основных симптомов заболевания в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.
3. Особенности половой функции.
4. Возраст больной.

236. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

1. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и брюшной полости.
2. Лапароскопия.
3. Ректороманоскопия.

Задача № 30.

Больная 34 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на первичное бесплодие в течение 7 лет. Из анамнеза: менструации регулярные с 13 лет, через 27—28 дней, по 5—6 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь регулярная, в браке, от беременности не предохранялась, беременности не наступали. С помощью базальной термометрии установлено чередование однофазных и двухфазных циклов с укороченной до 4—5 дней второй фазой. Согласно результатам рентгенотелевизионной гистеросальпингографии, маточные трубы выполняются контрастным веществом до ампулярных отделов, выход его в брюшную полость не отмечен. При исследовании спермограммы мужа выявлены астено- и олигозооспермия II степени. После лечения мужа андрологом сохраняется астенозооспермия II степени.

237. Укажите возможные причины бесплодия.

1. Нарушение проходимости маточных труб.
2. Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла.
3. Субфертильность спермы мужа.
4. Хроническая ановуляция.

238. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Диагностическую лапароскопию с хроматосальпингоскопией;
2. Посткоитальный тест (проба Шуварского-Симса).
3. Гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов.
4. Определение содержания пролактина в крови.

239. Наиболее рациональный способ лечения бесплодия у данной больной?

1. Микрохирургическая пластика маточных труб.
2. Назначение стимуляторов овуляции в сочетании с лечебными гидротубациями.
3. Искусственная инсеминация донорской спермой.
4. Экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	D	49	D	97	C
2	D	50	C	98	A
3	E	51	E	99	B
4	D	52	E	100	D
5	A	53	C	101	E
6	B	54	E	102	C
7	E	55	E	103	D
8	D	56	C	104	B
9	D	57	D	105	A
10	E	58	D	106	E
11	D	59	D	107	B
12	C	60	C	108	A
13	D	61	E	109	D
14	B	62	E	110	E
15	D	63	C	111	C
16	C	64	E	112	B
17	C	65	E	113	C
18	E	66	C	114	A
19	B	67	D	115	E
20	C	68	D	116	D
21	E	69	D	117	C
22	A	70	C	118	E
23	B	71	E	119	B
24	D	72	E	120	D
25	C	73	C	121	B
26	E	74	E	122	E
27	D	75	E	123	D
28	D	76	C	124	A
29	C	77	D	125	C
30	E	78	C	126	B
31	C	79	D	127	D
32	D	80	B	128	A
33	A	81	B	129	E
34	D	82	C	130	A
35	C	83	A	131	A
36	D	84	E	132	A
37	E	85	B	133	C
38	D	86	A	134	E
39	A	87	C	135	B
40	D	88	A	136	C
41	E	89	B	137	A
42	E	90	A	138	B
43	D	91	C	139	B
44	E	92	C	140	E
45	B	93	B	141	E
46	C	94	A	142	C
47	D	95	E	143	E
48	C	96	D	144	B

145	A	177	D	209	A
146	A	178	E	210	A
147	C	179	E	211	E
148	E	180	D	212	E
149	E	181	D	213	A
150	E	182	D	214	A
151	A	183	C	215	E
152	E	184	D	216	A
153	E	185	E	217	A
154	E	186	B	218	A
155	E	187	C	219	D
156	A	188	D	220	D
157	E	189	E	221	C
158	E	190	D	222	D
159	E	191	E	223	A
160	A	192	D	224	A
161	A	193	B	225	A
162	C	194	A	226	E
163	E	195	C	227	E
164	D	196	A	228	A
165	E	197	E	229	B
166	E	198	C	230	E
167	E	199	C	231	E
168	D	200	D	232	E
169	C	201	E	233	A
170	B	202	C	234	E
171	C	203	A	235	E
172	A	204	E	236	A
173	D	205	D	237	A
174	C	206	E	238	E
175	D	207	D	239	D
176	D	208	E		

9.4 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 4 «Онкогинекология»

Пояснительная записка

Актуальность: В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных, гинекологических пациентов. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-

гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Все вышеизложенное определяет необходимость в подготовке квалифицированных специалистов, обладающих системой универсальных и профессиональных знаний для оказания специализированной, высокотехнологичной, неотложной и паллиативной медицинской помощи пациенткам онкогинекологического профиля.

Цель:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе онкогинекологии.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по этиологии, патогенезу предопухолевых заболеваний и рака наружных и внутренних половых органов в разделе онкогинекологии;
- совершенствовать знания и умения в области клинических проявлений и основных методов диагностики предопухолевых заболеваний, дифференциальной диагностики предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований;
- изучение принципов хирургического лечения злокачественных новообразований наружных и внутренних половых органов, а также трофобластических опухолей матки, основ неоадьювантной терапии, гормональной терапии и лучевой терапии онкогинекологических пациентов.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания онкологических заболеваний;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- Патологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов у онкогинекологических пациентов;
- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у онкогинекологических пациентов;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику онкогинекологических заболеваний;
- Диагностику неотложных состояний онкогинекологических заболеваний;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- организовывать ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (ПК-8).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 4 «Онкогинекология» (очная форма)

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лекции	ПЗ, СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
ПЗ – практическое занятие, СЗ – семинарское занятие						
4.1	Рак шейки матки. Предраковые заболевания шейки матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.2	Рак тела матки. Предраковые заболевания тела матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.3	Опухоли яичников.	6	4	2		Текущий контроль (устный)
4.4	Трофобластическая болезнь.	2	2			Текущий контроль (устный)
	Итого:	20	14	6		Промежуточный контроль (тестирование)

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 4 «Онкогинекология» (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			Лекции	ПЗ, СЗ	СК	Форм контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
ПЗ – практическое занятие, СЗ – семинарское занятие									
4.1	Рак шейки матки.Предраковые заболевания шейки матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
4.2	Рак тела матки. Предраковые заболевания тела матки.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
4.3	Опухоли яичников.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			

	Итого:	18	12	6					Промежуточный контроль (тестовый)
--	---------------	-----------	-----------	----------	--	--	--	--	--

Содержание учебного модуля МСП 4 «Онкогинекология»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
4.1	Рак шейки матки.
4.1.1	Предраковые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4.1.2	Эпидемиология, клиника, диагностика рака шейки матки.
4.1.3	Роль вирусов (ВПЧ, ЦМВ) и других факторов риска.
4.1.4	Преинвазивный и инвазивный рак, классификация TNM, принципы лечения.
4.2	Рак тела матки.
4.2.1	Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
4.2.2	Предраковые заболевания тела матки. Клиника, диагностика, лечение.
4.2.3	Саркома матки, клиника, диагностика, лечение.
4.3	Злокачественные опухоли яичников.
4.3.1	Эпидемиология, факторы риска, гистологическая классификация ВОЗ.
4.3.2	Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.
4.4	Трофобластическая болезнь.
4.4.1	Неполный и полный пузырный занос.
4.4.2	Злокачественные трофобластические опухоли.
4.4.3	Лечение рецидивов трофобластических опухолей.

ФОРМА КОНТРОЛЯ:

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Фоновые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика.
2. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
3. Кисты яичников. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
4. Кистомы яичников. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
5. Воспалительные заболевания придатков матки.
6. Неотложная помощь при раке шейки матки.
7. Неотложная помощь при раке тела матки.
8. Неотложная помощь при раке яичника.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

Укажите наиболее характерные нарушения менструальной функции при следующих заболеваниях.

- 102. подслизистой миоме матки;
- 103. синдроме поликистозных яичников;
- 104. эндометриозе яичников;
- 105. раке эндометрия;
- 106. андробластоме яичников.
 - A. олигодисменорея;
 - B. альгодисменорея;
 - C. меноррагия;
 - D. метроррагия;
 - E. аменорея.

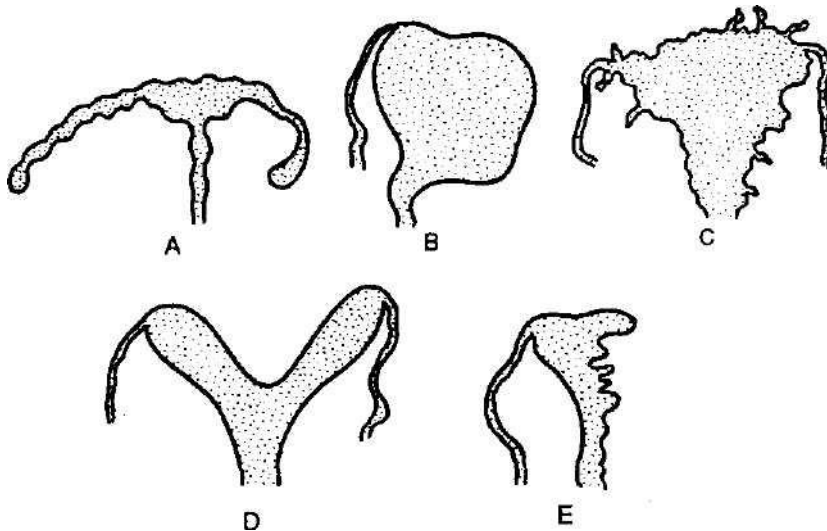
Укажите основные дифференциально диагностические признаки перечисленных заболеваний:

- 107. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта;
- 7. острого воспаления придатков матки;
- 8. острого аппендицита;
- 9. неполного маточного аборта;
- 10. апоплексии яичника.
 - A. задержка менструации, схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, отрицательные симптомы раздражения брюшины;
 - B. менструальная функция не нарушена, боли из эпигастральной области перемещаются на правую подвздошную область, тошнота, рвота, субфебрилитет, положительные симптомы раздражения брюшины в гипогастральной области;
 - C. задержка менструации, приступообразные боли внизу живота, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей, слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга в гипогастральной области;
 - D. менструальная функция чаще не нарушена, постоянные боли внизу живота, субфебрилитет или фебрильная температура тела, слабо положительный или отрицательный симптом Щеткина—Блюмберга;
 - E. межменструальные кровянистые выделения, острые боли внизу живота, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.
- 112. типичной формы дисгенезии гонад (синдрома Шерешевского—Тернера);
- 113. синдрома тестикулярной феминизации;
- 114. адреногенитального синдрома;
- 115. первичных поликистозных яичников (синдрома Штейна—Левентала);
- 116. вирилизирующей опухоли яичников.
 - A. кариотип 46XY, женский морфотип, аплазия гонад, слепо заканчивающееся влагалище, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;
 - B. кариотип 45X, женский морфотип, низкорослость, гипоплазия наружных и внутренних половых органов, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;
 - C. кариотип 46XX, женский морфотип, вторичная аменорея, прогрессирующая атрофия молочных желез, увеличение клитора, нарастающий гипертрихоз, значительное повышение содержания тестостерона в крови, отрицательная дексаметазоновая проба;
 - D. кариотип 46XX, вирильные черты морфотипа, гипоменструальный синдром, низкий рост, гипертрихоз, гипоплазия молочных желез, повышение уровня 17-кетостероидов в моче, положительная дексаметазоновая проба;
 - E. кариотип 46XX, женский морфотип, гипоменструальный синдром, гипертрихоз, избыточная масса тела, гипоплазия матки, двустороннее увеличение яичников,

умеренное повышение уровня 17-кетостероидов в моче, слабо положительная дексаметазоновая проба.

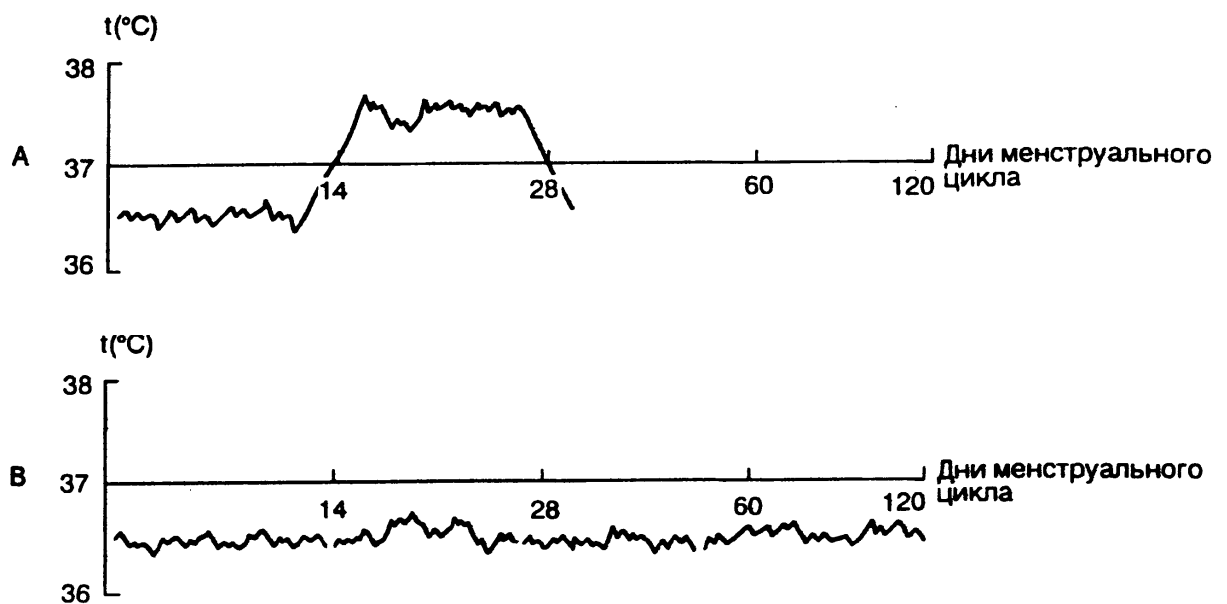
Наиболее характерная рентгенологическая картина:

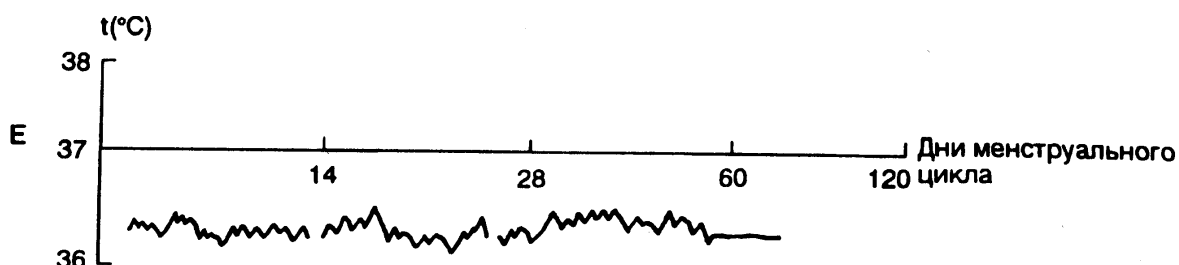
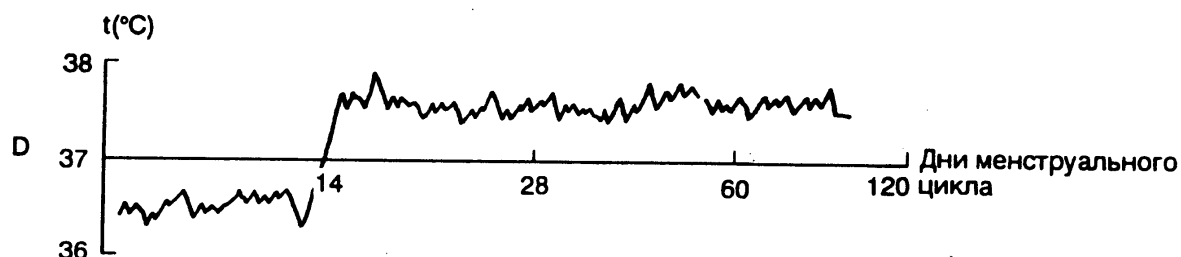
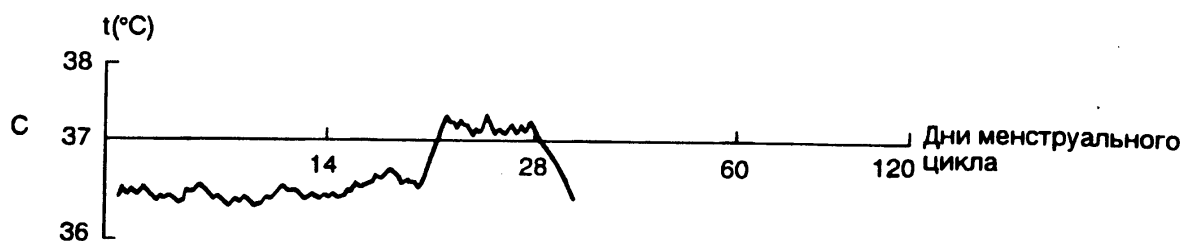
- 113. подслизистая миома матки;
- 17. аденомиоз;
- 18. генитальный туберкулез;
- рак эндометрия;
- 116. аномалия развития матки.



Какие особенности кривой базальной температуры указывают на наличие следующих состояний?

- 121. Гиполютеинизма.
- 122. Персистенции фолликула.
- 123. Атрофии фолликулов.
- 124. Беременности.





Опишите особенности кольпоскопической картины перечисленных ниже заболеваний:

195. истинной эрозии;

25. псевдоэрозии (эктопии);

26. эктропиона;

27. лейкоплакии;

28. основы лейкоплакии.

А. белесые, четко отграниченные участки на фоне неизмененного эпителия влагалищной части шейки матки, йоднегативные в пробе Шиллера;

В. йоднегативный дефект эпителия влагалищной части шейки матки;

С. белесые, четко отграниченные участки с мелкими темно-красными точками, йоднегативные в пробе Шиллера;

Д. рубцовая деформация влагалищной части шейки матки, посттравматический выворот слизистой оболочки канала шейки матки;

Е. участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием, плохо окрашивающийся йодом.

Определите степень чистоты влагалищного содержимого.

129. I;

130. II;

131. III;

132. IV.

А. 30—40 лейкоцитов в поле зрения, единичные палочки молочнокислого брожения, определяются грамотрицательные и грамположительные условно-патогенные микроорганизмы;

В. определяются только палочки Додерлейна;

С. все поле зрения покрыто палочками Додерлейна, трихомонадами, видны единичные лейкоциты;

- D. определяются палочки Додерлейна, единичные лейкоциты и небольшое количество грамположительных и грамотрицательных бактерий;
- E. влагалищные палочки отсутствуют, все поле зрения покрыто лейкоцитами, грамположительными и грамотрицательными бактериями, расположенными вне- и внутриклеточно.

33. Укажите основные биологические свойства эстрогенов:

- 5. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах;
- 6. усиливают синтез остеобластов;
- 7. оказывают антиатеросклеротическое действие;
- 8. уменьшают свертываемость крови.

34. Перечислите основные биологические свойства прогестерона:

- 5. вызывает секреторную трансформацию эндометрия;
- 6. оказывает натрийдиуретическое действие;
- 7. уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб;
- 8. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.

35. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма?

- 5. Симптом «зрачка».
- 6. Кариопикнотический индекс.
- 7. Симптом кристаллизации шеечной слизи (симптом «папоротника»).
- 8. Базальная температура.

36. Предшественниками эстрогенов в яичниках являются:

- 5. простагландины F2 и E2;
- 6. андрогены;
- 7. ингибин;
- 8. прогестерон.

37. Тканями-мишенями для половых стероидных гормонов являются:

- 5. слизистая оболочка влагалища;
- 6. железистые структуры молочных желез;
- 7. эндометрий;
- 8. фолликулы кожи.

38. Под женским типом роста волос подразумевают:

- 5. дугообразную форму линии роста волос на лбу;
- 6. рост стержневых волос на крестце;
- 7. горизонтальную линию роста волос над лобком;
- 8. рост волос по средней линии живота.

39. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается:

- 5. секреторная трансформация эндометрия;
- 6. повышение секреции аденогипофизом фоллитропина;
- 7. регресс желтого тела;
- 8. рост и созревание фолликула.

40. В лютеиновую фазу менструального цикла происходит:

- 5. образование желтого тела;
- 6. нагрубание долек молочных желез;
- 7. секреторная трансформация эндометрия;
- 8. снижение секреции пролактина;

41. Основными стероидпродуцирующим и тканями яичников являются:

- 5. гранулеза;

- 6. белочная оболочка;
- 7. текальная оболочка;
- 8. поверхностный эпителий.

42. Назовите симптомы, свидетельствующие о задержке полового развития:

- 5. отсутствие менструаций в возрасте 15—16 лет;
- 6. низкорослость;
- 7. отсутствие увеличения молочных желез в 12—13 лет;
- 8. дефицит массы тела.

43. Какие изменения в организме девочки предшествуют первой менструации:

- 5. «скачок» роста;
- 6. увеличение молочных желез;
- 7. начало роста волос на лобке и в подмышечных впадинах;
- 8. увеличение массы надпочечников.

44. В патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений основное значение имеют:

- 5. нарушение цирхорального ритма выделения релизинг-фактора гонадотропных гормонов;
- 6. нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов;
- 7. нарушение процессов роста и созревания фолликулов в яичниках;
- 8. отсутствие овуляции.

45. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу персистенции фолликула характерно:

- 5. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
- 6. монофазная базальная температура;
- 7. задержка менструации до 3 мес. и более;
- 8. гиперплазия эндометрия.

46. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характерно:

- 5. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
- 6. монофазная базальная температура;
- 7. слабо выраженный симптом «зрачка»;
- 8. гиперплазия эндометрия.

47. Основными методами остановки дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном периоде являются:

- 5. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
- 6. применение антигонадотропинов;
- 7. использование больших доз эстрогенов;
- 8. выскабливание слизистой оболочки тела матки.

48. Укажите механизм действия эстрогенов при проведении гормонального гемостаза:

- 5. активная пролиферация эндометрия;
- 6. повышение тонуса миометрия;
- 7. блокада фоллитропина и нормализация соотношения лютеотропин/фоллитропин;
- 8. отторжение (десквамация) эндометрия.

49. Под воздействием 17-оксипрогестерона капроната происходит:

- 5. снижение митотической активности железистого эпителия;
- 6. секреторная трансформация эндометрия;
- 7. повышение дифференцировки атипического эндометрия;

8. стимуляция образования и выделения гонадотропных гормонов.
- 50. Гормональный гемостаз неэффективен при маточных кровотечениях, обусловленных:**
5. длительной персистенцией фолликула;
 6. задержкой остатков плодного яйца в полости матки;
 7. атрезией фолликулов;
 8. миомой матки с подслизистым расположением узла.
- 51. Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими ановуляторными маточными кровотечениями:**
5. железисто-кистозная гиперплазия;
 6. атипическая гиперплазия;
 7. эндометриальный полип;
 8. аденокарцинома.
- 52. Для профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде применяют:**
5. препараты, стимулирующие овуляцию;
 6. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
 7. «чистые» гестагены;
 8. циклическую гормональную терапию.
- 53. С целью регуляции менструального цикла у девочек пубертатного периода используют:**
5. циклическую витаминотерапию;
 6. преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию;
 7. циклическую гормональную терапию;
 8. комбинированные эстроген-гестагенные препараты.
- 54. Для циклической витаминотерапии применяют:**
5. фолиевую кислоту с 1-го по 16-й день менструального цикла;
 6. токоферола ацетат с 16-го по 28-й день менструального цикла;
 7. аскорбиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла;
 8. никотиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла.
- 56. Для циклической гормональной терапии используют:**
3. трехфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
 4. естественные и синтетические эстрогены с 5-го по 16-й день менструального цикла;
 3. двухфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
 4. «чистые» гестагены с 16-го по 25-й день менструального цикла.
- 57. Морфологические признаки первичных поликистозных яичников:**
5. утолщение и склероз белочной оболочки яичников;
 6. кистозная атрезия фолликулов;
 7. гиперплазия стромы яичников;
 8. гиперплазия тека-клеток кистозно-атрезирующихся фолликулов.
- 58. Для болезни поликистозных яичников характерны:**
5. гипоплазия матки;
 6. первичное бесплодие;
 7. двустороннее увеличение яичников;
 8. высокая частота гиперпластических процессов в эндометрии.
- 59. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:**
5. врожденная паховая грыжа;

6. первичная аменорея;
 7. отсутствие аксиллярного и лобкового оволосения;
 8. наличие неполноценных тестикул, расположенных в брюшной полости, паховых каналах или в толще больших половых губ.
- 60. Укажите возможные причины первичной аменореи:**
5. генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;
 6. генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;
 7. нарушение функции гипоталамических структур под влиянием тяжелых инфекций, перенесенных в детском возрасте;
 8. ожирение.
- 61. Вторичная аменорея может быть следствием:**
5. психогенного стресса;
 6. массивной кровопотери в родах;
 7. выраженного дефицита массы тела;
 8. туберкулеза половых органов.
- 62. Назовите дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить генез первичной аменореи:**
5. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
 6. определение полового хроматина и кариотипа;
 7. гормональные функциональные пробы;
 8. лапароскопия с прицельной биопсией гонад.
- 63. Для уточнения генеза вторичной аменореи необходимо произвести:**
5. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
 6. рентгенографию черепа в двух проекциях;
 7. лапароскопию с прицельной биопсией гонад;
 8. определение уровня гонадотропинов и половых стероидных гормонов в крови.
- 64. Положительная проба с прогестероном означает:**
5. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма;
 6. отсутствие маточной формы аменореи;
 7. недостаточную продукцию прогестерона в организме;
 8. центральный генез аменореи.
- 65. Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе:**
5. проба с люлиберином;
 6. проба с кломифеном;
 7. проба с гонадотропинами;
 8. большая дексаметазоновая проба.
- 66. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:**
5. быстрое увеличение массы тела;
 6. транзиторная гипертензия;
 7. нарушение менструальной и детородной функций;
 8. умеренная гиперандрогения.
- 67. Характерные проявления предменструального синдрома:**
5. депрессия;
 6. нагрубание и болезненность молочных желез;
 7. цефалгия;
 8. метеоризм.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	C	24	D	47	E
2	A	25	B	48	B
3	B	26	E	49	A
4	D	27	D	50	A
5	E	28	A	51	C
6	C	29	C	52	E
7	D	30	B	53	E
8	B	31	D	54	E
9	A	32	A	55	A
10	E	33	E	56	E
11	B	34	A	57	E
12	A	35	A	58	E
13	D	36	A	59	E
14	E	37	C	60	A
15	C	38	E	61	E
16	B	39	B	62	E
17	C	40	C	63	E
18	A	41	A	64	A
19	E	42	B	65	A
20	D	43	B	66	E
21	C	44	E	67	E
22	E	45	E		
23	B	46	C		

9.5 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 5 «Физиологическое акушерство»

Пояснительная записка

Актуальность: В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных, гинекологических пациентов. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Цель:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе физиологического акушерства.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам в разделе физиологического акушерства с целью улучшения репродуктивного здоровья женщины и снижении перинатальных потерь;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:*Общие знания:*

- Закономерности протекания физиологических процессов при родоразрешении;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

*Специальные знания:***Должен знать:**

- Физиологические механизмы и закономерности протекания физиологических родов;
- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-3);
- способность и готовность к определению у пациентов акушерско-гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7);
- содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей (ПК-9).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 5 «Физиологическое акушерство» (очная форма)

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			лекции	ПЗ, СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
ПЗ – практическое занятие, СЗ – семинарское занятие						
5.1	Методы исследования в акушерстве.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
5.2	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности (норма беременности).	2	2			Текущий контроль (устный)
5.3	Физиология родов и послеродового периода.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
5.4	Методы подготовки беременной к родам.	2		2		Текущий контроль (устный)
	Итого:	12	6	6		Промежуточный контроль (тестирование)

Содержание учебного модуля МСП 5 «Физиологическое акушерство»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
5.1	Методы исследования в акушерстве.

5.1.1	Специальные и дополнительные методы акушерского исследования. Ультразвуковое исследование.
5.1.2	Методы оценки состояния плода. КТГ.
5.2	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности (норма беременности).
5.2.1	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности в сердечно-сосудистой системе, пищеварительной, иммунной.
5.2.2	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности в эндокринной и мочеполовой системах.
5.3	Физиология родов и послеродового периода.
5.3.1	Лечебно-диагностическая помощь при физиологической беременности, родах, послеродовом периоде. Клиническое течение родов.
5.3.2	Акушерские пособия в родах.
5.4	Методы подготовки беременной к родам.
5.4.1	Медикаментозная подготовка к родам. Обезболивание родов.

ФОРМА КОНТРОЛЯ: ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Костный таз и его размеры.
2. Головка плода и ее размеры.
3. Назовите признаки ранних сроков беременности.
4. Назовите признаки поздних сроков беременности.
5. Укажите изменения в организме женщины при беременности.
6. Дородовый отпуск. Определение срока 30-недельной беременности.
7. Клиническое течение 1 периода родов, длительность его.
8. Клиническое течение 2 периода родов, ведение его. Акушерское пособие.
9. Клиническое течение 3 периода родов, ведение его. Признаки отделения плаценты.
10. Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
11. Из чего состоит первичный туалет новорожденного.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

1. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

- A. вид;
- B. вставление;
- C. членорасположение;
- D. предлежание;
- E. позиция.

2. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:

- A. членорасположение;
- B. положение;
- C. вид;
- D. предлежание;

3. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

- A. предлежащую часть;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- E. положение, позицию.

4. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- A. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. положение, позицию плода;
- E. уровень стояния дна матки.

5. Предлежат ягодичы плода, спинка обращена кпереди — это:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. тазовое предлежание, передний вид;
- C. 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция.

6. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

- A. членорасположение;
- B. предлежание;
- C. вставление;
- D. положение;
- E. позиция.

7. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена вправо — это:

- A. тазовое предлежание, 2-я позиция;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;
- C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

8. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена влево — это:

- A. 1-я позиция, задний вид;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- C. тазовое предлежание, передний вид;
- D. 1-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, задний вид.

9. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 12,5-13 см;
- E. 25-26 см.

10. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

11. Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей:

- A. 24—25 см;
- B. 27-32 см;
- C. 30-32 см;
- D. 25-26 см;
- E. 23-24 см.

12. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- A. 11 см;
- B. 20-21 см;
- C. 25-26 см;
- D. 30-32 см;
- E. 28-29 см.

13. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 12,5 см;
- D. 13 см;
- E. 10,5 см.

14. Правый косой размер — это расстояние между:

- A. верхним краем лобкового симфиза и мысом;
- B. левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;
- C. наиболее отдаленными точками безымянных линий;
- D. правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;
- E. дном вертлужных впадин.

15. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 30-32 см;
- E. 25-26 см.

16. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5 см;
- E. 10,5 см.

17. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

18. Диагональная конъюгата:

- A. 20—21 см;
- B. 13,5 см;
- C. 11 см;
- D. 9, 5 см;
- E. 12,5-13 см.

19. Какой из размеров таза равен 20—21 см:

- A. истинная конъюгата;
- B. диагональная конъюгата;
- C. наружная конъюгата;
- D. боковая конъюгата;
- E. косая конъюгата.

20. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5 см;
- E. 10,5 см.

21. Истинная конъюгата:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13 см.

22. Укажите размеры нормального большого таза:

- A. 22-25-29-18-9 см;
- B. 25-28-31-20-11 см;
- C. 27-27-32-18-9 см;
- D. 23-25-28-17-8 см;
- E. 25-25-28-20-11 см.

23. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

- A. 31—32 см;
- B. 28-29 см;
- C. 20-21 см;
- D. 23-25 см;
- E. 26-27 см.

24. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 9,5-11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

25. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

27. Затылочное предлежание, передний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди.

28. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

29. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;
- B. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;
- C. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

30. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

- A. первая позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. вторая позиция, задний вид.

31. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере.

•

32. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. 1-я позиция, задний асинклитизм;
- C. 2-я позиция, задний вид;
- D. 2-я позиция, передний асинклитизм;
- E. головное предлежание, 2-я позиция.

33. Затылочное предлежание, задний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

34. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;
- B. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;
- C. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

35. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

- A. 1-я позиция, передний вид;

- В. головное предлежание, передний вид;
- С. 2-я позиция, задний вид;
- Д. головное предлежание, задний вид;
- Е. головное предлежание, 1-я позиция.

36. Затылочное предлежание, 1-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

37. Затылочное предлежание, 2-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

38. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- А. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

39. Прямой размер головки плода:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 12 см;
- Е. 13,5 см.

40. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- А. прямой размер;
- В. вертикальный размер;
- С. малый косой размер;
- Д. средний косой размер;
- Е. большой поперечный размер.

41. Большой косой размер головки плода:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 12 см;
- Е. 13,5 см.

42. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- А. малый косой размер;
- В. средний косой размер;
- С. большой косой размер;
- Д. прямой размер;
- Е. вертикальный размер.

43. Бипариетальный размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

44. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой косой размер.

45. Большой поперечный размер головки плода — это расстояние между:

- A. границей волосистой части лба и затылочным бугром;
- B. наиболее отдаленными точками венечного шва;
- C. теменными буграми;
- D. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- E. переносом и затылочным бугром.

46. Вертикальный размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносом и затылочным бугром;
- B. серединой большого родничка и подъязычной костью;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. теменными буграми;
- E. затылочным бугром и подбородком.

47. Поперечный размер плечиков плода:

- A. 8,5 см;
- B. 9,5 см; C 10,5 см;
- D. 11 см;
- E. 12 см.

48. Прямой размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносом и затылочным бугром;
- B. затылочным бугром и подбородком;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;
- E. серединой большого родничка и подъязычной костью.

49. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

- A. правом косом;
- B. поперечном;
- C. прямом;
- D. прямом или поперечном;
- E. левом косом.

50. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

- A. прямом;
- B. правом косом;
- C. поперечном;
- D. косом и поперечном;
- E. левом косом.

51. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

- A. прямым;
- B. малым косым;

- С. средним косым;
- Д. большим косым;
- Е. вертикальным.

52. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом размере;
- В. правом косом;
- С. левом косом;
- Д. косом, близко к прямому;
- Е. поперечном.

53. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

- А. затылочный бугор;
- В. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба;
- С. подзатылочная ямка;
- Д. затылочный бугор и переносье;
- Е. граница волосистой части лба.

54. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

- А. широкой;
- В. узкой;
- С. на тазовом дне;
- Д. в полости таза;
- Е. при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

55. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:

- А. правом косом;
- В. поперечном;
- С. состоянии физиологического асинклитизма;
- Д. левом косом;
- Е. все перечисленное выше верно.

56. Что рождается первым при переднеголовном предлежании:

- А. лоб;
- В. переносье;
- С. нос;
- Д. большой родничок;
- Е. затылок.

57. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

- А. большой родничок;
- В. малый родничок;
- С. условно большой родничок;
- Д. середина расстояния между большим и малым родничками;
- Е. затылок.

58. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

- А. врезывание;
- В. сгибание;
- С. дополнительное сгибание, разгибание;
- Д. разгибание;
- Е. прорезывание.

59. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

- А. вертикальным;
- В. средним косым;

- С. малым косым;
- Д. бипариетальным;
- Е. прямым.

60. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

- А. сгибание;
- В. разгибание;
- С. внутренний поворот;
- Д. сгибание, разгибание;
- Е. опускание.

61. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

- А. малым косым;
- В. средним косым;
- С. большим косым;
- Д. вертикальным;
- Е. прямым.

62. В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. прямом и поперечном;
- Е. левом косом.

63. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:

- А. наружной конъюгаты;
- В. индекса Соловьева;
- С. диагональной конъюгаты;
- Д. длинника ромба Михаэлиса;
- Е. размера Франка.

64. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

- А. 6,5 см и меньше;
- В. 7,5—6,6 см;
- С. 10-9,1 см;
- Д. 9-7, 6 см;
- Е. 10-11 см.

65. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- А. правильная форма;
- В. тонкие кости;
- С. равномерное уменьшение всех размеров;
- Д. острый подлобковый угол;
- Е. все перечисленное выше.

66. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

- А. разгибание головки плода во входе в малый таз;
- В. вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;
- С. асинклитическое вставление головки плода;
- Д. низкое поперечное стояние сагиттального шва;
- Е. все перечисленное выше верно.

67. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

- А. малым косым;

- В. средним косым;
- С. большим косым;
- Д. прямым;
- Е. вертикальным.

68. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25- 28-31-18):

- А. простому плоскому;
- В. плоскорихитическому;
- С. общеравномерносуженному;
- Д. общесужеинному плоскому;
- Е. ни одному из перечисленных выше.

69. Проводная точка на головке плода при плоскорихитическом тазе:

- А. малый родничок;
- В. большой родничок;
- С. условно большой родничок;
- Д. переносье;
- Е. лоб.

70. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27- 27-30-18):

- А. простому плоскому;
- В. кососмещенному;
- С. плоскорихитическому;
- Д. общеравномерносуженному;

71. Плоскость выхода малого таза ограничена:

1. нижним краем лобкового симфиза;
2. верхушкой копчика;
3. седалищными буграми;
4. седалищными осями.

72. Правый косой размер:

1. левый лобковый бугорок;
2. левое крестцово-подвздошное сочленение;
3. правое крестцово-подвздошное сочленение;
4. правый лобковый бугорок.

73. Левый косой размер:

1. левый лобковый бугорок;
2. левое крестцово-подвздошное сочленение;
3. правое крестцово-подвздошное сочленение;
4. правый лобковый бугорок.

74. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:

1. первого приема пальпации плода в матке;
2. четвертого приема пальпации плода в матке;
3. второго приема пальпации плода в матке;
4. третьего приема пальпации плода в матке.

75. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:

1. четвертого приема пальпации плода в матке;
2. третьего приема пальпации плода в матке;
3. второго приема пальпации плода в матке;
4. первого приема пальпации плода в матке.

76. Истинная конъюгата может быть определена по:

1. наружной конъюгате;
2. диагональной конъюгате;

3. вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
4. размеру Франка.

77. Положение и позицию плода определяют с помощью:

1. первого приема пальпации плода в матке;
2. третьего приема пальпации плода в матке;
3. четвертого приема пальпации плода в матке;
4. второго приема пальпации плода в матке.

78. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:

1. первого приема пальпации плода в матке;
2. третьего приема пальпации плода в матке;
3. второго приема пальпации плода в матке;
4. четвертого приема пальпации плода в матке.

79. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:

1. сочленением 2—3 крестцовых позвонков;
2. мысом;
3. серединой лобкового симфиза;
4. верхним краем лобкового симфиза.

80. Диагональная конъюгата может быть определена:

1. по наружной конъюгате;
2. по высоте лобкового симфиза;
3. по боковой конъюгате;
4. при влагалищном исследовании.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	E	31	D	61	C
2	D	32	B	62	D
3	E	33	D	63	B
4	A	34	B	64	C
5	B	35	D	65	E
6	C	36	A	66	D
7	A	37	B	67	B
8	B	38	B	68	C
9	D	39	D	69	C
10	D	40	C	70	D
11	D	41	E	71	A
12	E	42	B	72	B
13	A	43	A	73	C
14	D	44	E	74	D
15	C	45	C	75	D
16	B	46	B	76	E
17	E	47	E	77	D
18	E	48	A	78	D
19	C	49	A	79	B
20	B	50	E	80	D
21	C	51	B		
22	B	52	D		
23	A	53	B		

24	B	54	B		
25	D	55	E		
26	A	56	C		
27	C	57	A		
28	A	58	B		
29	B	59	C		
30	B	60	D		

9.6 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 6 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

Пояснительная записка

Актуальность: В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Цель:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе клинического акушерства.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам в разделе клинического акушерства с целью улучшения репродуктивного здоровья женщины и снижении перинатальных потерь;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания патологических процессов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- Патофизиологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов в акушерстве;

- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов акушерско-го профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам акушерского профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-3);
- способность и готовность к определению у пациентов акушерско-гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродо-

вом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7);

- содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей (ПК-9).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 6 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» (очная форма)

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лек-ции	ПЗ, СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
ПЗ – практические занятия, СЗ –семинарские занятия						
6.1	Антенатальная охрана плода и иммунологические взаимоотношения матери и плода.	6	2	4		Тестовый контроль (устный)
6.2	Многоплодная беременность.	2		2		Тестовый контроль (устный)
6.3	Беременность и экстрагенитальные заболевания. Особенности ведения беременности и родов. Анте- и интранатальная охрана плода.	6	4	2		Тестовый контроль (устный)
6.4	Антенатально повреждающие факторы. Внутриутробные инфекции.	6	4	2		Тестовый контроль (устный)
6.5	ЗВУР. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного.	2	2			Тестовый контроль (устный)
6.6	Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.	2		2		Тестовый контроль (устный)
	Итого:	24	12	12		Промежуточный контроль (тестирование)

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 6 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			Лекции	ПЗ, СЗ	СК	Форм контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
ПЗ – практические занятия, СЗ – семинарские занятия									
6.1	Задержка развития плода. Этиология ЗРП. Методы диагностики. Тактика. Плацентарная недостаточность.	6	4	2		Текущий контроль (устный)			
6.2	Тромбофилии в акушерстве. Методы диагностики, лечение, профилактика. Профилактика ВТЭ.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	10		Текущий контроль (тестовый)
	Итого:	22	8	4			10		Промежуточный контроль (тестовый)

Содержание учебного модуля МСП 6 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
6.1	Аntenатальная охрана плода и иммунологические взаимоотношения матери и плода.
6.1.1	Изосерологическая несовместимость. Причины, клиника, диагностика, лечение.
6.2	Многоплодная беременность.
6.2.1	Причины, классификация многоплодия, риски для плода.
6.2.2	Особенности течения родов при многоплодной беременности и врачебная тактика.
6.3	Беременность и экстрагенитальные заболевания.
6.3.1	Особенности ведения беременности и родов при соматических заболеваниях.
6.4	Анте- и интранатальная охрана плода.
6.4.1	Аntenатально повреждающие факторы.
6.4.2	Внутриутробные инфекции.

6.5	Задержка развития плода.
6.5.1	Этиология ЗРП. Клиника. Степени тяжести. Методы диагностики. Тактика.
6.5.2	Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Причины, клиника, диагностика, врачебная тактика
6.5.3	Плацентарная недостаточность.
6.5.4	Причины плацентарной недостаточности, механизмы ее формирования.
6.5.5	Патогенез плацентарной недостаточности, классификация, осложнения, врачебная тактика.
6.6	Реанимация и интенсивная терапия новорожденных
6.6.1	Критерии оценки новорожденного.
6.6.2	Протокол проведения первичной реанимации новорожденных.
6.7	Тромбофилии в акушерстве.
6.7.1	Методы диагностики, лечение, профилактика.
6.7.2	Профилактика ВТЭ.

ФОРМА КОНТРОЛЯ:

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Диагностика состояния плода. Методы терапии гипоксии плода.
2. Диагностика состояния новорожденного. Шкала Апгар.
3. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, неотложная помощь.
4. Отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, принципы терапии, неотложная помощь.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

За вопросом (утверждением) следует пять ответов (утверждений). Выберите один, наиболее правильный ответ.

1. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

- А. вид;
- В. вставление;
- С. членорасположение;
- Д. предлежание;
- Е. позиция.

2. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:

- А. членорасположение;
- В. положение;
- С. вид;
- Д. предлежание;

3. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

- A. предлежащую часть;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- E. положение, позицию.

4. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- A. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. положение, позицию плода;
- E. уровень стояния дна матки.

5. Предлежат ягодичы плода, спинка обращена кпереди — это:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. тазовое предлежание, передний вид;
- C. 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция.

6. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

- A. членорасположение;
- B. предлежание;
- C. вставление;
- D. положение;
- E. позиция.

7. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена вправо — это:

- A. тазовое предлежание, 2-я позиция;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;
- C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

8. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена влево — это:

- A. 1-я позиция, задний вид;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- C. тазовое предлежание, передний вид;
- D. 1-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, задний вид.

9. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 12,5-13 см;
- E. 25-26 см.

10. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

11. Расстояние между передневерхними осями подвздошных костей:

- A. 24—25 см;

- В. 27-32 см;
- С. 30-32 см;
- Д. 25-26 см;
- Е. 23-24 см.

12. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- А. 11 см;
- В. 20-21 см;
- С. 25-26 см;
- Д. 30-32 см;
- Е. 28-29 см.

13. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

- А. 11 см;
- В. 12 см;
- С. 12,5 см;
- Д. 13 см;
- Е. 10,5 см.

14. Правый косой размер — это расстояние между:

- А. верхним краем лобкового симфиза и мысом;
- В. левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;
- С. наиболее отдаленными точками безымянных линий;
- Д. правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;
- Е. дном вертлужных впадин.

15. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

- А. 11 см;
- В. 13,5 см;
- С. 20-21 см;
- Д. 30-32 см;
- Е. 25-26 см.

16. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

- А. 11 см;
- В. 12 см;
- С. 13 см;
- Д. 11,5 см;
- Е. 10,5 см.

17. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

- А. 11 см;
- В. 12 см;
- С. 13 см;
- Д. 12, 5 см;
- Е. 10,5 см.

18. Диагональная конъюгата:

- А. 20—21 см;
- В. 13,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 9, 5 см;
- Е. 12,5-13 см.

19. Какой из размеров таза равен 20—21 см:

- А. истинная конъюгата;

- В. диагональная конъюгата;
- С. наружная конъюгата;
- Д. боковая конъюгата;
- Е. косая конъюгата.

20. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

- А. 11 см;
- В. 12 см;
- С. 13 см;
- Д. 11,5 см;
- Е. 10,5 см.

21. Истинная конъюгата:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 12 см;
- Е. 13 см.

22. Укажите размеры нормального большого таза:

- А. 22-25-29-18-9 см;
- В. 25-28-31-20-11 см;
- С. 27-27-32-18-9 см;
- Д. 23-25-28-17-8 см;
- Е. 25-25-28-20-11 см.

23. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

- А. 31—32 см;
- В. 28-29 см;
- С. 20-21 см;
- Д. 23-25 см;
- Е. 26-27 см.

24. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

- А. 11 см;
- В. 9,5-11,5 см;
- С. 12 см;
- Д. 12,5 см;
- Е. 10,5 см.

25. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

- А. 11 см;
- В. 12 см;
- С. 13 см;
- Д. 12,5 см;
- Е. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

- А. 11 см;
- В. 11,5 см;
- С. 12 см;
- Д. 12,5 см;
- Е. 10,5 см.

27. Затылочное предлежание, передний вид:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;

- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди.

28. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:

- А. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

29. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- А. межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;
- В. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;
- С. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;
- Д. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;
- Е. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

30. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

- А. первая позиция, передний вид;
- В. головное предлежание, передний вид;
- С. вторая позиция, передний вид;
- Д. головное предлежание, задний вид;
- Е. вторая позиция, задний вид.

31. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:

- А. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере.

32. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

- А. 1-я позиция, передний вид;
- В. 1-я позиция, задний асинклитизм;
- С. 2-я позиция, задний вид;
- Д. 2-я позиция, передний асинклитизм;
- Е. головное предлежание, 2-я позиция.

33. Затылочное предлежание, задний вид:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

34. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид:

- А. межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;
- В. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;
- С. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;
- Д. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;
- Е. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

35. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

- А. 1-я позиция, передний вид;
- В. головное предлежание, передний вид;

- С. 2-я позиция, задний вид;
- Д. головное предлежание, задний вид;
- Е. головное предлежание, 1-я позиция.

36. Затылочное предлежание, 1-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

37. Затылочное предлежание, 2-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

38. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- А. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

39. Прямой размер головки плода:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 12 см;
- Е. 13,5 см.

40. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- А. прямой размер;
- В. вертикальный размер;
- С. малый косой размер;
- Д. средний косой размер;
- Е. большой поперечный размер.

41. Большой косой размер головки плода:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;
- С. 11 см;
- Д. 12 см;
- Е. 13,5 см.

42. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- А. малый косой размер;
- В. средний косой размер;
- С. большой косой размер;
- Д. прямой размер;
- Е. вертикальный размер.

43. Бипариетальный размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

44. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой косой размер.

45. Большой поперечный размер головки плода — это расстояние между:

- A. границей волосистой части лба и затылочным бугром;
- B. наиболее отдаленными точками венечного шва;
- C. теменными буграми;
- D. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- E. переносом и затылочным бугром.

46. Вертикальный размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносом и затылочным бугром;
- B. серединой большого родничка и подъязычной костью;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. теменными буграми;
- E. затылочным бугром и подбородком.

47. Поперечный размер плечиков плода:

- A. 8,5 см;
- B. 9,5 см; C 10,5 см;
- D. 11 см;
- E. 12 см.

48. Прямой размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносом и затылочным бугром;
- B. затылочным бугром и подбородком;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;
- E. серединой большого родничка и подъязычной костью.

49. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

- A. правом косом;
- B. поперечном;
- C. прямом;
- D. прямом или поперечном;
- E. левом косом.

50. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

- A. прямом;
- B. правом косом;
- C. поперечном;
- D. косом и поперечном;
- E. левом косом.

51. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

- A. прямым;
- B. малым косым;
- C. средним косым;

- D. большим косым;
- E. вертикальным.

52. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

- A. прямом размере;
- B. правом косом;
- C. левом косом;
- D. косом, близко к прямому;
- E. поперечном.

53. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

- A. затылочный бугор;
- B. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба;
- C. подзатылочная ямка;
- D. затылочный бугор и переносье;
- E. граница волосистой части лба.

54. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

- A. широкой;
- B. узкой;
- C. на тазовом дне;
- D. в полости таза;
- E. при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

55. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:

- A. правом косом;
- B. поперечном;
- C. состоянии физиологического асинклитизма;
- D. левом косом;
- E. все перечисленное выше верно.

56. Что рождается первым при переднеголовном предлежании:

- A. лоб;
- B. переносье;
- C. нос;
- D. большой родничок;
- E. затылок.

57. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

- A. большой родничок;
- B. малый родничок;
- C. условно большой родничок;
- D. середина расстояния между большим и малым родничками;
- E. затылок.

58. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

- A. врезывание;
- B. сгибание;
- C. дополнительное сгибание, разгибание;
- D. разгибание;
- E. прорезывание.

59. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

- A. вертикальным;
- B. средним косым;
- C. малым косым;

- D. бипариетальным;
- E. прямым.

60. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

- A. сгибание;
- B. разгибание;
- C. внутренний поворот;
- D. сгибание, разгибание;
- E. опускание.

61. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

- A. малым косым;
- B. средним косым;
- C. большим косым;
- D. вертикальным;
- E. прямым.

62. В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

- A. прямом;
- B. правом косом;
- C. поперечном;
- D. прямом и поперечном;
- E. левом косом.

63. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:

- A. наружной конъюгаты;
- B. индекса Соловьева;
- C. диагональной конъюгаты;
- D. длинника ромба Михаэлиса;
- E. размера Франка.

64. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

- A. 6,5 см и меньше;
- B. 7,5—6,6 см;
- C. 10-9,1 см;
- D. 9-7, 6 см;
- E. 10-11 см.

65. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- A. правильная форма;
- B. тонкие кости;
- C. равномерное уменьшение всех размеров;
- D. острый подлобковый угол;
- E. все перечисленное выше.

66. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

- A. разгибание головки плода во входе в малый таз;
- B. вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;
- C. асинклитическое вставление головки плода;
- D. низкое поперечное стояние сагиттального шва;
- E. все перечисленное выше верно.

67. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

- A. малым косым;
- B. средним косым;

- С. большим косым;
- Д. прямым;
- Е. вертикальным.

68. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25- 28-31-18):

- А. простому плоскому;
- В. плоскоррахитическому;
- С. общеравномерносуженному;
- Д. общесужеинному плоскому;
- Е. ни одному из перечисленных выше.

69. Проводная точка на головке плода при плоскоррахитическом тазе:

- А. малый родничок;
- В. большой родничок;
- С. условно большой родничок;
- Д. переносье;
- Е. лоб.

70. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27- 27-30-18):

- А. простому плоскому;
- В. кососмещенному;
- С. плоскоррахитическому;
- Д. общеравномерносуженному;

II. ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОТВЕТАМИ

для каждого вопроса (утверждения) один или несколько ответов являются правильными. Для выбора ответов на поставленные вопросы используйте приведенную ниже схему:

- А. — верны ответы 1, 2, 3.
- В. — верны ответы 1, 3.
- С. — верны ответы 2, 4.
- Д. — верен только ответ 4.
- Е. — верны все ответы.

71. Плоскость выхода малого таза ограничена:

- 5. нижним краем лобкового симфиза;
- 6. верхушкой копчика;
- 7. седалищными буграми;
- 8. седалищными осями.

72. Правый косой размер:

- 5. левый лобковый бугорок;
- 6. левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 7. правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 8. правый лобковый бугорок.

73. Левый косой размер:

- 5. левый лобковый бугорок;
- 6. левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 7. правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 8. правый лобковый бугорок.

- 74. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:**
5. первого приема пальпации плода в матке;
 6. четвертого приема пальпации плода в матке;
 7. второго приема пальпации плода в матке;
 8. третьего приема пальпации плода в матке.
- 75. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:**
5. четвертого приема пальпации плода в матке;
 6. третьего приема пальпации плода в матке;
 7. второго приема пальпации плода в матке;
 8. первого приема пальпации плода в матке.
- 76. Истинная конъюгата может быть определена по:**
5. наружной конъюгате;
 6. диагональной конъюгате;
 7. вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
 8. размеру Франка.
- 77. Положение и позицию плода определяют с помощью:**
5. первого приема пальпации плода в матке;
 6. третьего приема пальпации плода в матке;
 7. четвертого приема пальпации плода в матке;
 8. второго приема пальпации плода в матке.
- 78. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:**
5. первого приема пальпации плода в матке;
 6. третьего приема пальпации плода в матке;
 7. второго приема пальпации плода в матке;
 8. четвертого приема пальпации плода в матке.
- 79. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:**
5. сочленением 2—3 крестцовых позвонков;
 6. мысом;
 7. серединой лобкового симфиза;
 8. верхним краем лобкового симфиза.
- 80. Диагональная конъюгата может быть определена:**
4. по наружной конъюгате;
 5. по высоте лобкового симфиза;
 6. по боковой конъюгате;
 7. при влагалищном исследовании.
- 81. Границами истинной конъюгаты являются:**
1. мыс;
 2. крестцово-копчиковое сочленение;
 3. верхневнутренний край лобкового симфиза;
 4. середина лобкового симфиза.
- 82. Истинная конъюгата может быть определена по:**
1. прямому размеру выхода малого таза;
 2. высоте лобкового симфиза;
 3. горизонтальному размеру ромба Михаэлиса;
 4. размеру Франка.
- 83. Какой форме и степени сужения таза соответствуют его размеры 27-27-30-17-10-8 см:**

1. плоскорихитический таз;
2. простой плоский таз;
3. сужению II степени;
4. сужению I степени.

84. Точки вращения при переднеголовном предлежании:

1. переносье;
2. граница волосистой части лба;
3. затылочный бугор;
4. подъязычная кость.

85. При поступлении беременной в акушерский стационар обязательным является:

1. определение группы крови и резус-фактора;
2. проведение реакции Вассермана;
3. исследование на инфицирование ВИЧ;
4. клинический анализ крови.

86. К ранним токсикозам беременных относят:

1. рвоту беременных;
2. гиперсаливацию;
3. дерматозы;
4. острую желтую дистрофию печени.

87. При рвоте беременных возможны нарушения:

1. углеводного обмена;
2. жирового обмена;
3. белкового обмена;
4. водно-электролитного баланса.

88. Основные принципы лечения рвоты беременных:

1. седативная терапия;
2. витаминотерапия;
3. инфузионная терапия;
4. лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

89. Абсолютным показанием к прерыванию беременности при рвоте беременных является:

1. почечная недостаточность;
2. печеночная недостаточность;
3. коматозное состояние;
4. значительное уменьшение массы тела.

90. Дерматозы беременных следует дифференцировать от:

1. сахарного диабета;
2. нейродермита;
3. аллергического дерматита;
4. глистной инвазии.

91. Для гестоза характерны:

1. относительная гиповолемия;
2. нарушение микроциркуляции в жизненно важных органах;
3. хроническая форма ДВС-синдрома;
4. фетоплацентарная недостаточность.

92. Укажите лабораторно-инструментальные критерии диагностики претоксикоза:

1. тромбоцитопения;
2. снижение уровня антитромбина III в 1,5 раза;

3. уменьшение количества лимфоцитов до 18 % и меньше;
4. нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях.

93. Назовите критерии лабораторной оценки тяжести гестоза:

1. уменьшение количества тромбоцитов;
2. уменьшение содержания эндогенного гепарина;
3. дисбаланс простагландинов;
4. снижение уровня антитромбина III.

94. Тяжесть течения гестоза определяется:

1. степенью выраженности клинических признаков;
2. длительностью течения;
3. эффективностью проводимой терапии;
4. степенью выраженности фетоплацентарной недостаточности.

95. Острый жировой гепатоз проявляется:

1. диспепсическими расстройствами;
2. некорригируемой гипогликемией;
3. геморрагическим синдромом;
4. выраженной активностью трансаминаз и появлением антигенов гепатита В в сыворотке крови.

96. Назовите показания к госпитализации беременных с гестозом:

1. однократное увеличение массы тела более чем на 500 г в неделю;
2. повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и более;
3. появление отеков стоп в вечернее время;
4. альбуминурия.

97. Перечислите показания к досрочному прерыванию

1. неэффективность интенсивной комплексной терапии в течение 2—3 нед;
2. прогрессирование нарушений кровотока в системе мать—плацента—плод;
3. нарушение кровотока в маточных артериях и артериях почек беременной;
4. нарушение концентрационной способности почек у беременной.

98. Патогенетическая терапия при гестозе направлена на:

1. нормализацию волемических параметров кровообращения;
2. нормализацию нарушений микроциркуляции в тканях;
3. профилактику и лечение ДВС-синдрома;
4. нормализацию кислотно-основного состояния.

99. Назовите наиболее характерные особенности клинического течения гестоза:

1. раннее возникновение (после 20 нед беременности);
2. сочетание с экстрагенитальной патологией;
3. низкая эффективность патогенетической терапии;
4. частое развитие фетоплацентарной недостаточности.

100. Летальный исход при эклампсии может быть связан с:

1. кровоизлиянием в мозг;
2. острой почечно-печеночной недостаточностью;
3. дыхательной недостаточностью;
4. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

101. Укажите характерные клинические симптомы преэклампсии:

1. общие отеки;
2. головная боль, нарушение зрения;
3. АД выше 150/90 мм рт. ст.;

4. боли в эпигастральной области.

102. Искусственная вентиляция легких показана при:

1. эклампсической коме;
2. дыхательной недостаточности;
3. острой почечно-печеночной недостаточности;
4. эклампсическом припадке.

103. Прогностически неблагоприятными признаками развития эклампсии следует считать:

1. гипокINETический тип кровообращения;
2. нарушение почечной гемодинамики III стадии;
3. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях беременной;
4. ретроградный кровоток в надблоковых артериях беременной.

104. Назовите показания к досрочному родоразрешению при тяжелых формах гестоза:

1. критическое состояние плодово-плацентарного кровотока;
2. нарушения почечной гемодинамики III стадии у беременной;
3. гипокINETический тип центральной гемодинамики у беременной;
4. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях.

105. Назовите факторы, предрасполагающие к развитию гестационного пиелонефрита:

1. анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов;
2. нарушение уродинамики верхних мочевых путей;
3. бессимптомная бактериурия у беременной и/или бессимптомная бактериоспермия у мужа;
4. инфекционные заболевания во время беременности и в анамнезе.

106. Факторы, способствующие развитию анемии во время беременности:

1. профессиональные вредности;
2. интервал между родами менее 3 лет;
3. гиперполименорея;
4. угроза прерывания беременности.

107. Какие осложнения возможны во время беременности при гипертонической болезни:

1. раннее развитие сочетанных форм гестоза;
2. преждевременное прерывание беременности;
3. фетоплацентарная недостаточность;
4. перенашивание.

108. Какие осложнения возможны при пиелонефрите, развившемся во время беременности:

1. анемия;
2. внутриутробное инфицирование плода;
3. синдром задержки роста плода;
4. развитие сочетанной формы гестоза.

109. Развитие вирусного гепатита в период беременности может сопровождаться:

1. досрочным прерыванием беременности;
2. гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;
3. развитием тяжелой формы гестоза;
4. развитием фетоплацентарной недостаточности.

III. ВОПРОСЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Отвечая на вопросы данного раздела, используйте приведенную ниже схему:

Ответ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь 1 2
A.	Верно	Верно	Верно
B.	Верно	Верно	Неверно
C.	Верно	Неверно	Неверно
D.	Неверно	Верно	Неверно
E.	Неверно	Неверно	Неверно

110. Проведение амниоцентеза противопоказано при пороках развития плода, потому что

амниоцентез всегда следует проводить под ультразвуковым контролем.

111. После 20-й недели беременности наблюдается значительное повышение сосудистой резистентности в маточных артериях,

потому что

к 16—18 нед беременности завершается процесс инвазии трофобласта.

112. При исследовании околоплодных вод определить зрелость легочной ткани плода можно начиная с 36-й недели беременности,

потому что

в 37—38 нед беременности наблюдается максимальное количество амниотической жидкости.

113. По уровню эстриола в организме беременной можно оценить состояние плода, так как

секреция эстриола зависит от андрогенных предшественников, синтезируемых в надпочечниках плода.

114. Хроническая гипоксия плода — одно из показаний к амниоскопии,

потому что

амниоскопия — это трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного яйца.

115. Запись кардиотокограммы необходимо продолжать в течение 40—60 мин,

потому что

при хронической гипоксии плода возможен отрицательный нестрессовый тест.

116. Ведущую роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности играет гестоз,

так как

основным патогенетическим фактором хронической фетоплацентарной недостаточности являются гемодинамические нарушения с расстройством микроциркуляции.

117. При внутриутробной задержке роста плода в 86 % наблюдений отмечается маловодие,

так как

при внутриутробной задержке роста плода нарушается продукция околоплодных вод амниотической оболочкой и снижается функция почек плода.

118. При критическом состоянии плодово-плацентарного кровотока показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения,

так как

в условиях декомпенсированной плацентарной недостаточности высока вероятность антенатальной гибели плода.

119. Рвота беременных часто возникает при dizygotных двойнях, так как

при многоплодной беременности наблюдается избыточная антигенная стимуляция организма матери.

- 120.** Основным компонентом комплексного лечения бесплодия у женщин является гормональная терапия,
потому что
циклически применяемые эстрогены и прогестерон стимулируют пролиферативные и секреторные изменения в эндометрии, обеспечивая оптимальные условия для имплантации зародыша.
- 121.** Максимальное повышение кариопикнотического индекса при нормальном менструальном цикле приходится на 16—18-й день,
потому что
под влиянием эстрогенов происходят пролиферация, дифференцировка и созревание клеток влагалищного эпителия.
- 122.** При гиперандрогении любого генеза патогенетически обоснованной является терапия глюкокортикоидами, **потому что**
экзогенное введение дексаметазона приводит к снижению продукции АКТГ и андрогенов.
- 123.** При лечении гиперандрогении глюкокортикоиды назначают на ночь,
потому что
наиболее высокий уровень кортизола в крови наблюдается в ранние утренние часы.
- 124.** Перенашивание беременности часто сопровождается формированием крупного плода,
потому что
перенашивание развивается на фоне неосложненного течения беременности и не сопровождается фетоплацентарной недостаточностью.
- 125.** При запоздалых родах всегда производят рассечение промежности, **потому что**
перенашивание беременности всегда сочетается с крупным плодом.
- 126.** При пролонгированной беременности перинатальные осложнения возникают реже, чем при доношенной, **потому что**
продолгование беременности не сопровождается изменениями состояния плода.
- 127.** Биологическое перенашивание беременности является физиологическим,
потому что
допустимы индивидуальные сроки продолжительности беременности от 266 до 294 дней, при которых не возникает дистресс плода.
- 128.** При перенашивании беременности в околоплодных водах повышается концентрация лактатдегидрогеназы, молочной кислоты, уменьшается содержание глюкозы и РНК, **потому что**
при перенашивании беременности происходит активация гликолитического обмена, резко замедляются процессы ассимиляции.
- 129.** При пролонгированной беременности плацента не имеет морфологических особенностей по сравнению с плацентой при доношенной беременности,
потому что
продолгование беременности — это физиологическое явление, способствующее созреванию плода.
- 130.** При удалении пузырного заноса предпочтительна его вакуум-аспирация,
потому что
удаление пузырного заноса путем кюретажа небезопасно из-за возможной перфорации матки.
- 131.** После удаления пузырного заноса длительность диспансерного наблюдения за больной составляет 2 года, **потому что**
за это время восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции женщины.

132. При хориокарциноме в соскобе эндометрия всегда обнаруживают клетки опухоли, **потому что** рост опухоли может быть как экзо-, так и эндофитным.

133. Хориокарцинома развивается только после инвазивного пузырного заноса, **потому что** инвазивный пузырный занос может метастазировать.

134. Наиболее информативным методом диагностики трубной беременности является транс вагинальная эхография, **потому что** при подозрении на внематочную беременность ультразвуковое исследование позволяет исключить маточную беременность.

135. При подозрении на внутрибрюшное кровотечение всегда производят пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, **потому что** диагностика нарушенной трубной беременности возможна только на основании получения жидкой темной крови с мелкими сгустками.

136. При предлежании плаценты основным клиническим симптомом является наружное кровотечение на фоне повышенной сократительной активности матки, **потому что** при формировании нижнего сегмента происходит частичная отслойка плаценты.

137. При повторяющихся кровянистых выделениях во второй половине беременности женщина должна находиться под тщательным наблюдением врача женской консультации, **потому что** наиболее частой причиной кровотечения во второй половине беременности является предлежание плаценты.

138. Мертвый плод при полном предлежании является противопоказанием к кесареву сечению, **так как** эту операцию производят только при наличии живого плода.

139. После самопроизвольных родов, сопровождавшихся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, следует произвести ручное отделение плаценты и выделения последа, **потому что** при преждевременной отслойке плаценты необходимо быстро опорожнить матку и определить ее сократительную способность.

140. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роды всегда заканчиваются кесаревым сечением, **потому что** во время кесарева сечения можно выявить маточно-плацентарную апоплексию.

IV. ВОПРОСЫ С ПОДБОРОМ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОТВЕТОВ (ВОПРОС - ОТВЕТ)

За перечнем пронумерованных вопросов (фраз, пунктов) следует перечень ответов, обозначенных буквами. Для каждого вопроса необходимо подобрать один правильный ответ. Ответы могут быть использованы один раз, несколько раз или не исполь-

зованы совсем.

Укажите наиболее вероятные этиологические и патогенетические факторы прерывания беременности:

141. в I триместре;

142. во II триместре;

143. в III триместре.

- A. истмико-цервикальная недостаточность;
- B. повышенный тонус матки, обусловленный осложненным течением беременности;
- C. гипофункция яичников и воспалительные изменения в половой системе;
- D. механическая травма;
- E. хромосомные болезни плода.

Дайте определение понятию:

144. невынашивание беременности;

145. недонашивание беременности;

146. привычное невынашивание беременности.

- A. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед;
- B. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед;
- C. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз;
- D. самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 22 нед;
- E. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 28 нед.

Укажите основной метод патогенетически обоснованного лечения при невынашивании беременности:

147. в I триместре;

148. во II триместре;

149. в III триместре.

- A. хирургическое лечение;
- B. комплексная гормональная терапия;
- C. применение токолитиков;
- D. электросон и физиотерапия;
- E. спазмолитическая терапия.

Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования:

150. угрожающий выкидыш;

151. начавшийся выкидыш;

152. неполный выкидыш.

- A. шейка сохранена, размягчена, выделения из половых путей кровянистые, умеренные;
- B. шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки пропускает палец, выделения кровянистые со сгустками;
- C. шейка сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения серозные;
- D. шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь;
- E. шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения.

Иалитие околоплодных вод может быть:

153. преждевременное;

154. раннее;

155. запоздалое;

156. своевременное.

- A. с появлением регулярной родовой деятельности;

- В. до начала родовой деятельности;
- С. при открытии шейки матки более чем на 5 см;
- Д. в периоде изгнания;
- Е. с началом потуг.

Укажите основные признаки:

- 157.** первичной слабости родовой деятельности;
- 158.** вторичной слабости родовой деятельности;
- 159.** дискоординированной родовой деятельности.

- А. схватки регулярные, слабые, короткие, замедленная динамика раскрытия шейки матки;
- В. схватки нерегулярные, различной интенсивности, болезненные, отсутствие динамики в раскрытии шейки матки;
- С. женщина утомлена вследствие длительной родовой деятельности, схватки слабые, короткие, динамика раскрытия шейки матки замедлена или отсутствует;
- Д. схватки регулярные, нарастающие по силе и частоте, прогрессирующее сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева;
- Е. незначительные тянущие боли внизу живота и пояснице, тонус матки нормальный, шейка матки «зрелая».

Укажите основные дифференциально-диагностические признаки:

- 160.** перитонита, связанного с инфицированием брюшины во время кесарева сечения;
- 161.** перитонита-пареза;
- 162.** перитонита, развившегося на фоне несостоятельности швов на матке.

- А. начало на 4—9-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины положительные, парез кишечника постепенно нарастает, симптомы интоксикации не выражены в начале заболевания, но нарастают в токсической фазе перитонита. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз;
- В. начало на 3—4-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины не выражены, парез кишечника, переходящий в «паралитическую» динамическую кишечную непроходимость. Анализ крови: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов;
- С. заболевание начинается на 1—2-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют, отмечаются выраженные парез кишечника и интоксикация. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево;
- Д. начало на 12—13-е сутки. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины и интоксикации, парез кишечника. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз;
- Е. начало на 4—5-е сутки после операции, умеренно выраженные симптомы интоксикации, симптомы раздражения брюшины и парез кишечника отсутствуют, субинволюция матки, лохии гнойные. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз.

Определите врачебную тактику в случае:

- 163.** перитонита, связанного с инфицированием брюшины во время кесарева сечения;
 - 164.** перитонита-пареза;
 - 165.** перитонита, развившегося на фоне несостоятельности швов на матке.
- А. комплексная консервативная терапия в течение 2—3 дней;
 - В. комплексная консервативная терапия в течение 18—24 ч, при неэффективности — лапаротомия, устранение очага инфекции, дренирование брюшной полости;
 - С. экстирпация матки с трубами в экстренном порядке с дренированием брюшной полости, проводимая на фоне комплексной инфузионно-трансфузионной терапии;
 - Д. лапароскопическая санация брюшной полости;
 - Е. лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости на фоне комплексной консервативной терапии.

Какому сроку беременности соответствуют перечисленные ниже периоды развития внутриутробного плода:

- 166.** ранний фетальный период;

167. поздний фетальный период;
168. бластогенез;
169. эмбриогенез;
170. фетогенез.
А. от момента оплодотворения до 15-го дня беременности;
В. с 16-го по 75-й день беременности;
С. с 76-го по 280-й день беременности;
D. с 76-го по 180-й день беременности;
Е. со 181-го по 280-й день беременности.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача № 1.

Повторнородящая с доношенной беременностью поступила в родильный дом с излившимися околоплодными водами. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом.

171. Возможные действия врача?

- А. Начать вести роды через естественные родовые пути под кардиомониторным контролем;
В. создать глюкозо - витаминно -гормонально -кальциевый фон, провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;
С. провести исследование маточно-плацентарного кровотока;
D. экстренно выполнить операцию кесарева сечения;
Е. произвести операцию кесарева сечения в плановом порядке после исключения пороков развития плода.

Задача № 2.

Роженица доставлена в родильное отделение бригадой скорой помощи. Данная беременность третья, первая закончилась нормальными родами, вторая самопроизвольным абортom. Поло жение плода продольное, ко входу в малый таз предлежит тазовый конец, родовая деятельность регулярная, активная. В процессе обследования излились околоплодные воды, после чего отмечено урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное,

плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается вышая пуповина. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза.

172. Что должен предпринять врач, ведущий роды?

- А. Провести лечение острой гипоксии плода;
В. заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов;
С. срочно приступить к родоразрешению путем кесарева сечения;
D. произвести экстракцию плода за тазовый конец;
Е. выполнить эпизиотомию, оказать пособие по Цовьянову.

Задача № 3.

Первородящая 23 лет доставлена бригадой скорой помощи в родильный дом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37—38 нед, состояние тяжелое, сознание заторможено. Кожные покровы бледные, отмечаются выраженные отеки ног, АД 150/100 мм рт.ст., пульс 98 в 1 мин.

173. Какой комплекс лечебных мероприятий следует провести при поступлении?

- А. Ввести нейрорепрессивные и седативные средства;
В. создать лечебно-охранительный режим;

- С. начать комплексную инфузионную терапию;
- Д. применить гипотензивные средства;
- Е. все перечисленное выше.

174. Тактика ведения беременной?

- А. Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке;
- В. пролонгирование беременности, проведение комплексной патогенетически обоснованной терапии гестоза;
- С. родовозбуждение с- последующим наложением акушерских щипцов;
- Д. проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2—3 ч с последующим выбором акушерской тактики;
- Е. кесарево сечение после комплексной интенсивной терапии в течение 2—3 ч.

Задача № 4.

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

175. Какова цель исследования?

- А. Исключить многоплодную беременность;
- В. исключить наличие миомы матки;
- С. определить количество околоплодных вод;
- Д. исключить пороки развития плода;
- Е. все перечисленное выше.

Задача № 5.

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена беременная, предъявляющая жалобы на головную боль и боли в эпига-стральной области. Пульс 100 в 1 мин, АД 170/100 мм рт. ст., отеки лица, живота, ног. Размеры матки соответствуют сроку доношенной беременности, она напряжена и болезненна при пальпации, сердцебиение плода глухое, выделения из влагалища кровянистые.

176. Что следует предпринять?

- А. Провести лечение острой гипоксии плода;
- В. начать комплексное лечение гестоза;
- С. вскрыть плодный пузырь и начать вести роды через естественные родовые пути;
- Д. экстренно произвести кесарево сечение;
- Е. начать комплексную патогенетическую терапию гестоза, в случае отсутствия эффекта произвести кесарево сечение в плановом порядке.

Задача № 6.

У роженицы 20 лет во втором периоде своевременных родов, когда головка плода была расположена в узкой части полости малого таза, произошел припадок эклампсии.

177. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

- А. Закончить роды выполнением кесарева сечения в экстренном порядке;
- В. провести комплексную интенсивную терапию и продолжить консервативное ведение родов;
- С. наложить акушерские щипцы;
- Д. продолжить консервативное ведение родов на фоне введения ганглиоблокаторов с последующим рассечением промежности;
- Е. произвести вакуум-экстракцию плода.

Задача № 7.

У женщины 29 лет при сроке беременности 30—31 нед и наличии вялотекущего гестоза в течение 3 нед на фоне повышения АД до 170/100 мм рт. ст. появились головная боль и затрудненное носовое дыхание, уменьшился диурез. При эхографии выявлены отставание фетометрических показателей на 2 нед и маловодие; при доплерометрии: увеличение резистентности кровотоку в обеих маточных артериях и «критическое» состояние плодово-плацентарного кровотока. При влагалищном исследовании — «зрелая» шейка матки.

178. Какова должна быть тактика врача?

- А. Комплексная интенсивная терапия гестоза, при получении эффекта пролонгирование беременности;
- В. комплексная интенсивная терапия с последующим родовозбуждением и родоразрешением через естественные родовые пути;
- С. комплексная интенсивная терапия гестоза, лечение синдрома задержки роста плода с последующим решением вопроса о времени и способе родоразрешения;
- Д. кесарево сечение в экстренном порядке на фоне интенсивной терапии гестоза;
- Е. пролонгирование беременности на фоне комплексной терапии под контролем доплерометрии.

Задача № 8.

В родильный дом бригадой скорой помощи доставлена женщина без сознания после трех припадков эклампсии при беременности 32 нед. Состояние крайне тяжелое, АД 180/120 мм рт. ст., анурия. Сердцебиение плода глухое, 142 уд/мин. Шейка матки сформирована, канал шейки матки закрыт.

179. Тактика ведения беременной?

- А. Родоразрешение путем выполнения кесарева сечения в экстренном порядке;
- В. интенсивная терапия в течение нескольких часов, после чего кесарево сечение;
- С. комплексная терапия гестоза в течение суток с последующим решением вопроса о методе родоразрешения;
- Д. предоперационная подготовка путем интубации и искусственная вентиляция легких в течение нескольких часов, после чего оперативное родоразрешение;
- Е. создание глюкозо-витаминно-гормонально-кальциевого фона в сочетании с проведением комплексной интенсивной терапии.

Задача № 9.

У роженицы роды продолжаются около 10 ч. Околоплодные воды не изливались. Внезапно женщина побледнела, появились сильные распирающие боли в животе. Сердцебиение плода 100—110 уд/мин. При влагалищном исследовании: открытие маточно-го зева полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза.

180. Что делать?

- А. Срочно приступить к операции кесарева сечения;
- В. провести лечение острой гипоксии плода;
- С. произвести амниотомию;
- Д. вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы;
- Е. начать родостимуляцию окситоцином после амниотомии.

Задача № 10.

Больная 30 лет поступила в стационар в связи с жалобами на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе два самопроизвольных выкидыша. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотич-

на, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 6—7 нед беременности, придатки не определяются, своды глубокие. Последняя менструация 2 мес назад.

181. Ваш предположительный диагноз?

- A. Дисфункция яичников;
- B. угрожающий выкидыш;
- C. начавшийся выкидыш;
- D. аборт в ходу;
- E. внематочная беременность.

182. Что следует предпринять для уточнения диагноза?

- A. Провести ультразвуковое исследование;
- B. рекомендовать измерение базальной температуры;
- C. определить содержание ХГ в моче;
- D. определить уровень 17-кетостероидов в моче;
- E. все перечисленное выше.

183. Дальнейшая тактика врача?

- A. Начать гормональную и спазмолитическую терапию, направленную на сохранение беременности;
- B. произвести инструментальное удаление остатков плодного яйца;
- C. экстренное чревосечение, удаление маточной трубы;
- D. назначить антибактериальную и угеротоническую терапию;
- E. провести гормональный гемостаз.

Задача № 11.

У повторнородящей, у которой установлено смешанное ягодичное предлежание плода, во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд/мин и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено, что ягодичцы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

184. Какую тактику следует избрать?

- A. Заправить петлю пуповины, продолжить консервативное ведение родов;
- B. провести лечение асфиксии плода;
- C. продолжить консервативное ведение родов с оказанием пособия по Цовьянову;
- D. произвести экстракцию плода за тазовый конец;
- E. произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке.

Задача № 12.

Первородящая находится во втором периоде родов. В процессе наблюдения за роженицей отмечено урежение сердцебиения плода до 90—100 уд/мин, которое не выравнивается после потуги. При влагалищном исследовании выявлено, что головка плода находится в узкой части полости малого таза, сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок обращен влево кпереди.

185. Каков план дальнейшего ведения родов?

- A. Провести лечение острой гипоксии плода;
- B. родоразрешить роженицу путем выполнения кесарева сечения;
- C. произвести рассечение промежности;
- D. наложить акушерские щипцы;
- E. начать внутривенное капельное введение окситоцина для усиления родовой деятельности.

Задача № 13.

В родильный дом доставлена беременная, предъявлявшая жалобу на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35—36 нед. Беременность протекала с явлениями гестоза. Общее состояние средней тяжести, пульс 90 в 1 мин, АД 130/90—140/90 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160—170 уд/мин, глухое. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения; головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

186. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- B. угрожающие преждевременные роды;
- C. предлежание плаценты;
- D. разрыв матки;
- E. преэклампсия.

187. Что необходимо предпринять?

- A. Провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;
- B. начать терапию, направленную на пролонгирование беременности, и лечение гестоза;
- C. произвести кесарево сечение в экстренном порядке;
- D. начать родовозбуждение простагландинами;
- E. назначить токолитики и седативные препараты, с целью уточнения диагноза провести ультразвуковое исследование.

Задача № 14.

Второй период своевременных родов двойней. После рождения первого плода произведено влагалищное исследование, при котором выявлено, что второй плод находится в поперечном положении, головка плода справа.

188. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

- A. Вскрыть плодный пузырь, продолжить консервативное ведение родов;
- B. произвести кесарево сечение;
- C. вскрыть плодный пузырь, произвести плодоразрушающую операцию;
- D. после вскрытия плодного пузыря произвести классический поворот плода на ножку;
- E. после амниотомии произвести классический поворот плода с последующей экстракцией его за ножку.

Задача № 15.

В женскую консультацию обратилась повторно беременная при сроке беременности 25—26 нед с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся утром после сна. В анамнезе один род и два медицинских аборта. При наружном осмотре установлено, что размеры матки соответствуют сроку беременности, матка не возбудима при пальпации. Плод в тазовом предлежании, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из половых путей нет.

189. Тактика врача женской консультации?

- A. Рекомендовать беременной принимать спазмолитические препараты;
- B. рекомендовать выполнение упражнений, способствующих исправлению положения плода;
- C. провести осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование;
- D. рекомендовать беременной уменьшить физические нагрузки, провести ультразвуковое исследование в плановом порядке;

- Е. госпитализировать беременную в родильный дом.

Задача № 16.

В родильный дом доставлена роженица, у которой установлено запущенное поперечное положение и выпадение ручки плода. Сердцебиение плода не выслушивается.

190. Какой способ родоразрешения возможен в данной ситуации?

- А. Произвести классический акушерский поворот с последующей экстракцией плода за ножку;
В. произвести кесарево сечения в экстренном порядке;
С. выполнить декапитацию плода;
D. продолжить консервативное ведение родов;
Е. произвести краниотомию.

Задача № 17.

Тазовое предлежание плода выявлено у повторнородящей в срок 32 нед беременности.

191. Тактика врача женской консультации?

- А. Для оценки состояния плода провести эхографию;
В. рекомендовать выполнение корригирующей гимнастики;
С. произвести наружный акушерский поворот;
D. госпитализировать беременную в стационар;
Е. оформить дородовый отпуск, рекомендовать явиться повторно через 2 нед.

Задача № 18.

Повторнобеременная 25 лет поступила в родильное отделение с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 нед. В анамнезе одни своевременные роды, закончившиеся наложением полостных акушерских щипцов по поводу тяжелой нефропатии. Родовой деятельности нет, АД 150/90 мм рт. ст., отмечаются пастозность лица и передней брюшной стенки, выраженные отеки ног. Положение плода продольное, тазовый конец подвижен, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, канал шейки матки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, тазовый конец плода над входом в малый таз. Мыс недостижим.

192. Какой метод родоразрешения целесообразнее применить в данной ситуации?

- А. Провести комплексную терапию гестоза, создать глюкозо-витаминно-гормонально-кальциевый фон;
В. начать лечение гестоза с одновременным родовозбуждением окситоцином;
С. закончить роды путем выполнения кесарева сечения;
D. произвести экстракцию плода за тазовый конец;
Е. начать лечение гестоза с одновременным родовозбуждением простагландинами.

Задача № 19.

В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15—16 нед. В анамнезе один род и три искусственных аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт; матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, в умеренном количестве.

193. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Угрожающий самопроизвольный выкидыш;

- В. начавшийся самопроизвольный выкидыш;
- С. неразвивающаяся беременность;
- Д. пузырный занос;
- Е. предлежание плаценты.

194. Тактика врача женской консультации?

- А. Назначить седативные и спазмолитические средства, рекомендовать явиться повторно через 1 нед;
- В. наложить швы на шейку матки;
- С. выдать больничный лист, провести токолитическую терапию в амбулаторных условиях;
- Д. госпитализировать беременную;
- Е. выдать больничный лист, назначить гормональную терапию, направленную на сохранение беременности.

Задача № 20.

На диспансерном учете в женской консультации состоит беременная 26 лет. Жалоб не предъявляет. В анамнезе один медицинский аборт и два самопроизвольных выкидыша в сроки 21 и 25 нед беременности. При влагалищном исследовании, проведенном в сроке беременности 17 нед, отмечено: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена на всем протяжении, канал шейки матки свободно пропускает один палец.

195. Какова должна быть тактика врача женской консультации?

- А. Продолжить амбулаторное наблюдение;
- В. назначить седативную и спазмолитическую терапию;
- С. провести курс лечения токолитиками;
- Д. госпитализировать беременную;
- Е. выдать больничный лист, рекомендовать соблюдать постельный режим и повторно явиться через 1 нед.

Задача № 21.

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность пятая, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки потужного характера через 3 мин по 35—40 с. Размеры таза 25—28—31—20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточно-го зева полное, головка плода отталкивается от входа в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим.

196. Ваша тактика?

- А. Продолжить выжидательное ведение родов с функциональной оценкой таза;
- В. консервативное ведение родов в сочетании с лечением внутриутробной гипоксии плода;
- С. приступить к стимуляции родовой деятельности окситоцином;
- Д. предоставить женщине медикаментозный сон с последующей родостимуляцией простагландинами;
- Е. произвести операцию кесарева сечения.

Задача № 22.

В отделение патологии беременности поступила первобеременная 26 лет. Срок беременности 38 нед. Размеры таза 23—26—29—18 см, диагональная конъюгата 11 см. Данные эхографии: плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 3200 г, плацента III степени зрелости в дне матки. При доплерометрии выявлены нарушения кровообращения в системе мать—плацента—плод II степени и маловодие.

197. Каков план родоразрешения?

- А. Провести лечение фетоплацентарной недостаточности, начать вести роды через

- естественные родовые пути с функциональной оценкой таза;
- В. с учетом небольших размеров плода провести родоразрешение через естественные родовые пути;
- С. на фоне лечения фетоплацентарной недостаточности произвести амниотомию и приступить к родовозбуждению окситоцином;
- Д. выполнить кесарево сечение в экстренном порядке;
- Е. провести лечение фетоплацентарной недостаточности, выполнить кесарево сечение в плановом порядке.

Задача № 23.

Через 30 мин после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм рт. ст. Схватки через 2—3 мин по 50—55 с. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26—27—33—18 см. Сердце биение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен впереди; достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне.

198. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- В. клинически узкий таз, начавшийся разрыв матки;
- С. клинически узкий таз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Д. плоскорохитический таз II степени сужения, острая внутриутробная гипоксия плода;
- Е. разрыв матки.

199. Тактика врача?

- А. Закончить роды путем наложения полостных акушерских щипцов;
- В. произвести плодоразрушающую операцию;
- С. экстренное чревосечение по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте;
- Д. экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки;
- Е. чревосечение по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, над влагалищная ампутация матки с трубами.

Задача №24.

На 3-й сутки после родов родильница 32 лет предъявляет жалобы на боли внизу живота, озноб, головную боль, повышение температуры тела до 39 °С. В родах в связи с частичным плотным прикреплением плаценты произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. В анамнезе один род и два медицинских аборта, хронический пиелонефрит. Молочные железы умеренно нагрубшие.

200. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Острое респираторное заболевание;
- В. мастит;
- С. обострение хронического пиелонефрита;
- Д. эндометрит;
- Е. лохиометра.

201. Какие исследования показаны для уточнения диагноза?

- А. Бимануальное исследование;
- В. ультразвуковое исследование;

- C. бактериологическое исследование аспирата из полости матки;
- D. клинический анализ крови;
- E. все перечисленное выше.

202. Метод лечения?

- A. Вакуум-аспирация с гистероскопией;
- B. лаваж послеродовой матки растворами антисептиков;
- C. антибактериальная терапия;
- D. инфузионно-трансфузионная терапия;
- E. все перечисленное выше.

Задача № 25.

В родильный дом поступила роженица с доношенной беременностью. Регулярная родовая деятельность в течение 3 ч. Предъявляет жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровопотеря около 250 мл. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Частота сердечных сокращений плода 140—150 уд/мин. В условиях развернутой операционной произведено влагалищное исследование; шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 4—5 см. Плодный пузырь цел, определяется шероховатость оболочек, головка плода прижата ко входу в малый таз, справа и спереди пальпируется нижний край плаценты.

203. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

1. продолжить консервативное ведение родов;
2. произвести амниотомию;
3. провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;
4. выполнить операцию кесарева сечения в экстренном порядке.

Задача № 26.

Женщина 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, головокружение, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 108 в 1 мин, ритмичный. Последняя менструация 1,5 мес назад, температура тела 37,2 °C. Гинекологом при осмотре заподозрена внематочная беременность.

204. Какие методы исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

1. лапароскопию;
2. пункцию брюшной полости через задний свод влагалища;
3. эхографию внутренних половых органов;
4. диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Задача № 27.

Первородящая 26 лет. Поступила в родильный дом в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец; за внутренним зевом определяется ткань плаценты; ягодицы плода высоко над входом в малый таз; плодный пузырь цел.

205. Что делать?

1. Продолжить консервативное ведение родов;

2. вскрыть плодный пузырь;
3. вскрыть плодный пузырь и провести стимуляцию родовой деятельности путем введения окситоцина;
4. приступить к выполнению кесарева сечения.

Задача № 28.

Беременная 16 лет поступила в родильный дом для решения вопроса о методе родоразрешения. Беременность первая, протекала без осложнений. Срок беременности 41—42 нед. При объективном исследовании: предполагаемая масса плода 4200 г, размеры таза 23—26—29—18 см, предлежание головное. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев закрыт. В отделении патологии беременности созван консилиум и решено выполнить кесарево сечение в плановом порядке.

206. Что явилось показанием для операции?

1. Крупный плод;
2. «незрелость» шейки матки;
3. перенашивание беременности;
4. анатомически узкий таз.

Задача № 29.

После рождения первого плода обнаружено, что второй плод находится в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин. Плодный пузырь второго плода цел.

207. Что делать?

1. Провести влагалищное исследование;
2. вскрыть плодный пузырь;
3. произвести наружновнутренний акушерский поворот и экстракцию плода;
4. выполнить кесарево сечение.

Задача № 30.

В родильное отделение доставлена повторнородящая в связи с жалобами на излитие околоплодных вод. В анамнезе: 3 года назад кесарево сечение по поводу прогрессирующей хронической гипоксии плода. Послеоперационный период осложнился нагноением и полным расхождением шва на передней брюшной стенке. Регулярной родовой деятельности нет. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода 3500 г. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки.

208. Ваши действия?

1. Приступить к созданию глюкозо-витаминно-гормонально-кальциевого фона и следить за развитием регулярной родовой деятельности;
2. начать родо-возбуждение энзаппростом;
3. провести профилактику внутриутробной гипоксии плода и вести роды под кардиомониторным контролем за состоянием плода;
4. выполнить кесарево сечение.

Задача № 31.

Третий период родов продолжается 10 мин. Признаков полного отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл, кровотечение продолжается.

209. Что делать?

1. Продолжить наблюдение за роженицей;

2. выделить послед с помощью приема Креде—Лазаревича;
3. начать внутривенное введение окситоцина;
4. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа.

Задача № 32.

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинским абортom, третья — кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт. ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

210. Ваш диагноз?

1. Предлежание плаценты, кровотечение;
2. эмболия околоплодными водами;
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. разрыв матки.

Задача № 33.

У роженицы, находящейся во втором периоде родов, после рождения головки плода развилась вторичная слабость родовой деятельности, появились признаки острой гипоксии плода.

211. Тактика врача?

1. Начать родостимуляцию;
2. провести лечение гипоксии;
3. продолжить консервативное ведение родов;
4. произвести экстракцию плода за тазовый конец.

Задача № 34.

Роженица находится в третьем периоде родов, 10 мин назад родился плод массой 4000 г. Появились кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве.

212. Что делать?

1. Положить лед на низ живота;
2. определить признаки отделения плаценты;
3. ввести метилэргометрин;
4. измерить кровопотерю.

Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается. Признаки отделения плаценты отсутствуют.

213. Ваша тактика?

1. Применить прием Креде—Лазаревича;
2. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
3. наложить на шейку матки клеммы по Бакшееву;
4. начать внутривенное капельное введение окситоцина.

Состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 90 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Матка плохо сокращается, кровопотеря 450 мл и продолжается.

214. Что делать?

1. Начать инфузионно-трансфузионную терапию;
2. провести ручное обследование стенок послеродовой матки и наружно-внутренний массаж матки на кулаке;
3. наложить клеммы на шейку матки по Бакшееву;
4. произвести экстирпацию матки.

Задача № 35.

У первородящей в первом периоде родов через 20 мин после влагалищного исследования излились светлые околоплодные воды в умеренном количестве.

215. Ваша тактика?

1. Провести аускультацию сердцебиения плода;
2. осуществить наружное акушерское исследование с помощью третьего и четвертого приемов;
3. произвести влагалищное исследование;
4. воздержаться от влагалищного исследования в случае отсутствия изменений сердцебиения плода.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	E	49	A	97	A
2	D	50	E	98	A
3	E	51	B	99	E
4	A	52	D	100	A
5	B	53	B	101	C
6	C	54	B	102	E
7	A	55	E	103	E
8	B	56	C	104	E
9	D	57	A	105	E
10	D	58	B	106	A
11	D	59	C	107	A
12	E	60	D	108	E
13	A	61	C	109	E
14	D	62	D	110	D
15	C	63	B	111	D
16	B	64	C	112	B
17	E	65	E	113	A
18	E	66	D	114	B
19	C	67	B	115	B
20	B	68	C	116	A
21	C	69	C	117	A
22	B	70	D	118	A
23	A	71	A	119	A
24	B	72	B	120	A
25	D	73	C	121	B
26	A	74	D	122	D
27	C	75	D	123	A
28	A	76	E	124	B
29	B	77	D	125	E
30	B	78	D	126	D
31	D	79	B	127	D

32	B	80	D	128	A
33	D	81	B	129	B
34	B	82	D	130	A
35	D	83	B	131	C
36	A	84	B	132	D
37	B	85	E	133	D
38	B	86	E	134	D
39	D	87	E	135	E
40	C	88	B	136	D
41	E	89	E	137	E
42	B	90	E	138	A
43	A	91	E	139	D
44	E	92	E	140	C
45	C	93	E	141	A
46	B	94	E	142	B
47	E	95	A	143	B
48	A	96	C	144	A
145	C	165	C 1	191	B
146	B	166	D 1	192	C
147	A 1	167	E 1	193	A
148	C 1	168	A 3	194	D
149	C 1	169	B 1	195	D
150	A 1	170	C 1	196	E
145	B 1	171	D	197	E
146	B 1	172	D	198	B
147	A 1	173	E	199	D
148	D 1	174	A	200	D
149	C 1	175	E	201	E
150	A 1	176	D	202	E
151	C 1	177	C	203	C
152	B 1	178	D	204	A
153	C 1	179	A	205	C
154	B 1	180	D	206	A
155	A I	181	C	207	D
156	B 1	182	E	208	D
157	B 1	183	A	209	D
158	C 0	184	D	210	D
159	D 1	185	D	211	C
160	E 1	186	A	212	C
161	A 3	187	C	213	B
162	B 1	188	E	214	A
163	C 1	189	E	215	B
164	B 1	190	C		

9.7 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП 7 «Патологическое и оперативное акушерство»

Пояснительная записка

Актуальность: В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Цель:

Углубление и расширение фундаментальных и профессиональных знаний по акушерству и гинекологии в разделе патологического и оперативного акушерства.

Задачи:

- совершенствовать на современном уровне знания по актуальным вопросам в разделе патологического и оперативного акушерства с целью улучшения репродуктивного здоровья женщины и снижения репродуктивных потерь;
- совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций;
- расширить объем теоретических знаний по юридическим аспектам, вопросам организации.

4. По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания патологических процессов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- Патофизиологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов у пациентовакушерского профиля;
- Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у пациентовакушерского профиля;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

- Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов акушерско-гинекологического профиля, нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам акушерско-гинекологического профиля при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-3);
- способность и готовность к определению у пациентов акушерско-гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

По окончании изучения модуля у обучающегося формируются следующие компетенции:

- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);
- проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи вне беременности, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий (ПК-7);
- организовывать ведение учетной и отчетной документации в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством (ПК-8);
- содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам, гинекологическим пациентам, организовывать совместно с органами социальной защиты медицинскую и социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей (ПК-9).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 6 академических часов или 6 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП7 «Патологическое и оперативное акушерство» (очная форма)

№	Наименование модулей и тем	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лек-ции	ПЗ, СЗ	СК	
1	2	3	4	5	6	7
ПЗ – практическое занятие, СЗ – семинарское занятие						
7.1	Современные технологии прерывания беременности.	2	2	2		Текущий контроль (устный)
7.2	Невынашивание беременности.	2	2			Текущий контроль (устный)
7.3	Кесарево сечение.	2	2	2		Текущий контроль (устный)
7.4	Тазовые предлежания плода. Ведения беременности и родов. Акушерские пособия. Показания к операции кесарево сечение.	1	2			Текущий контроль (устный)
7.5	Аномалии родовой деятельности. Тактика ведения родов. Показания к оперативному родоразрешению.	1	2			Текущий контроль (устный)
7.6	Узкий таз в современном акушерстве.	1		1		Текущий контроль (устный)
7.7	Агрессии в акушерстве и акушерский травматизм матери и плода.	1		1		Текущий контроль (устный)
7.8	Гестозы.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
7.9	Септические заболевания в акушерстве.	4	2	2		Текущий контроль (устный)
7.10	Кровотечения во время беременности и родов. Предлежание плаценты. Шок и терминальные состояния в акушерстве.	2	2			Текущий контроль (устный)
7.11	Массивные акушерские кровотечения. Преждевременная отслойка плаценты. Послеродовые кровотечения. Клиника, диагностика, врачебная тактика.	2	2			Текущий контроль (устный)
	Итого:	22	12	10		Промежуточный контроль (собеседование)

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 7 «Патологическоеи оперативное акушерство» (очная форма с применением дистанционных образовательных технологий)

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			Лекции	ПЗ, СЗ	СК	Форм контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма кон-троля
ПЗ – практические занятия, СЗ – семинарские занятия									
7.1	Массивные акушерские кровотечения в послеродовом периоде.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	6		Текущий контроль (тестовый)
7.2	Разрыв матки. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.	4	2	2		Текущий контроль (устный)	4		Текущий контроль (тестовый)
7.3	Кровотечения во 2-м и 3-м триместре беременности и родах.Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка плаценты.	6	4	2		Текущий контроль (устный)	6		Текущий контроль (тестовый)
	Итого:	32	6	10			16		Промежуточный контроль (тестовый)

Содержание учебного модуля МСП 7 «Патологическое и оперативное акушерство»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
7.1	Современные технологии прерывания беременности.
7.1.1	Клинический протокол «Медикаментозное прерывание беременности».
7.2	Невынашивание беременности. Причины, патогенез, диагностика, тактика ведения.
7.2.1	Причины невынашивания беременности, обследование и диагностика.
7.2.2	Ведение беременности. Профилактика.
7.3	Кесарево сечение.
7.3.1	Показания, методы обезболивания, хирургическая тактика.
7.3.2	Ведение послеоперационного периода, антибиотикопрофилактика.
7.4	Тазовые предлежания плода.

7.4.1	Ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях.
7.4.2	Акушерские пособия. Показания к операции кесарево сечение.
7.5	Аномалии родовой деятельности.
7.5.1	Тактика ведения родов. Показания к оперативному родоразрешению.
7.6	Узкий таз в современном акушерстве.
7.6.1	Анатомически узкий таз.
7.6.2	Клинически узкий таз.
7.7	Агрессии в акушерстве.
7.7.1	Акушерский травматизм матери.
7.7.2	Акушерский травматизм плода.
7.8	Гестозы.
7.8.1	Этиология, патогенез, клиническая картина.
7.8.2	Принципы лечения, способы родоразрешения, особенности ведения родов.
7.8.3	Профилактика тяжелых форм гестозов.
7.9	Септические заболевания в акушерстве.
7.9.1	Клинические рекомендации «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве».
7.9.2	Послеродовый эндометрит. Клиника, диагностика, лечение.
7.9.3	Перитонит. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
7.9.4	Сепсис. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
7.10	Кровотечения во время беременности и родов.
7.10.1	Предлежание плаценты.
7.10.2	Шок и терминальные состояния в акушерстве.
7.11	Массивные акушерские кровотечения. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
7.11.1	Преждевременная отслойка плаценты. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
7.11.2	Массивные акушерские кровотечения в послеродовом периоде. Клиника, диагностика, врачебная тактика.
7.11.3	Разрыв матки.
7.11.4	Причины, клиника, диагностика, врачебная тактика.

ФОРМА КОНТРОЛЯ: ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Покажите методику классического ручного пособия при тазовом предлежании.
2. Покажите методику по Цовьянову при тазовом предлежании.
3. Обезболивание родов, региональные методы.
4. Клиника нормального послеродового периода, ведение его.
5. Дайте классификацию вызванных беременностью отеков, принципы лечения.
6. Преэклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
7. Эклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
8. Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь.

9. Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь.
10. Методика ручного отделения плаценты.
11. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, неотложная помощь.
12. Отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, принципы терапии, неотложная помощь.
13. ДВС-синдром в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика, неотложная помощь.
14. Послеродовые заболевания. Классификация, клиника, принципы терапии. Неотложная помощь при перитоните и сепсисе.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

1. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

- A. вид;
- B. вставление;
- C. членорасположение;
- D. предлежание;
- E. позиция.

2. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:

- A. членорасположение;
- B. положение;
- C. вид;
- D. предлежание;

3. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

- A. предлежащую часть;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- E. положение, позицию.

4. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- A. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. положение, позицию плода;
- E. уровень стояния дна матки.

5. Предлежат ягодицы плода, спинка обращена кпереди — это:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. тазовое предлежание, передний вид;
- C. 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция.

6. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

- A. членорасположение;
- B. предлежание;
- C. вставление;
- D. положение;
- E. позиция.

7. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена вправо — это:

- A. тазовое предлежание, 2-я позиция;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;
- C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

8. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена влево — это:

- A. 1-я позиция, задний вид;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- C. тазовое предлежание, передний вид;
- D. 1-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, задний вид.

9. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 12,5-13 см;
- E. 25-26 см.

10. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

11. Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей:

- A. 24—25 см;
- B. 27-32 см;
- C. 30-32 см;
- D. 25-26 см;
- E. 23-24 см.

12. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- A. 11 см;
- B. 20-21 см;
- C. 25-26 см;
- D. 30-32 см;
- E. 28-29 см.

13. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 12,5 см;
- D. 13 см;
- E. 10,5 см.

14. Правый косой размер — это расстояние между:

- A. верхним краем лобкового симфиза и мысом;
- B. левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;
- C. наиболее отдаленными точками безымянных линий;
- D. правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;
- E. дном вертлужных впадин.

15. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

- A. 11 см;

- B.** 13,5 см;
- C.** 20-21 см;
- D.** 30-32 см;
- E.** 25-26 см.

16. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A.** 11 см;
- B.** 12 см;
- C.** 13 см;
- D.** 11,5см;
- E.** 10,5 см.

17. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A.** 11 см;
- B.** 12 см;
- C.** 13 см;
- D.** 12, 5 см;
- E.** 10,5 см.

18. Диагональная конъюгата:

- A.** 20—21 см;
- B.** 13,5 см;
- C.** 11 см;
- D.** 9, 5 см;
- E.** 12,5-13 см.

19. Какой из размеров таза равен 20—21 см:

- A.** истинная конъюгата;
- B.** диагональная конъюгата;
- C.** наружная конъюгата;
- D.** боковая конъюгата;
- E.** косая конъюгата.

20. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A.** 11 см;
- B.** 12 см;
- C.** 13 см;
- D.** 11,5см;
- E.** 10,5 см.

21. Истинная конъюгата:

- A.** 9,5 см;
- B.** 10,5 см;
- C.** 11 см;
- D.** 12 см;
- E.** 13 см.

22. Укажите размеры нормального большого таза:

- A.** 22-25-29-18-9 см;
- B.** 25-28-31-20-11 см;
- C.** 27-27-32-18-9 см;
- D.** 23-25-28-17-8 см;
- E.** 25-25-28-20-11 см.

23. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

- A. 31—32 см;
- B. 28-29 см;
- C. 20-21 см;
- D. 23-25 см;
- E. 26-27 см.

24. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 9,5-11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

25. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

27. Затылочное предлежание, передний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди.

28. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

29. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;
- B. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;
- C. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

30. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

- A. первая позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. вторая позиция, задний вид.

31. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;

- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере.

32. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

- А. 1-я позиция, передний вид;
- В. 1-я позиция, задний асинклитизм;
- С. 2-я позиция, задний вид;
- Д. 2-я позиция, передний асинклитизм;
- Е. головное предлежание, 2-я позиция.

33. Затылочное предлежание, задний вид:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

34. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид:

- А. межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;
- В. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;
- С. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;
- Д. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;
- Е. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

35. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

- А. 1-я позиция, передний вид;
- В. головное предлежание, передний вид;
- С. 2-я позиция, задний вид;
- Д. головное предлежание, задний вид;
- Е. головное предлежание, 1-я позиция.

36. Затылочное предлежание, 1-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

37. Затылочное предлежание, 2-я позиция:

- А. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- В. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- С. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- Д. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

38. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- А. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- В. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- С. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- Д. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- Е. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

39. Прямой размер головки плода:

- А. 9,5 см;
- В. 10,5 см;

- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

40. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой поперечный размер.

41. Большой косой размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

42. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. малый косой размер;
- B. средний косой размер;
- C. большой косой размер;
- D. прямой размер;
- E. вертикальный размер.

43. Бипариетальный размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

44. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой косой размер.

45. Большой поперечный размер головки плода — это расстояние между:

- A. границей волосистой части лба и затылочным бугром;
- B. наиболее отдаленными точками венечного шва;
- C. теменными буграми;
- D. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- E. переносом и затылочным бугром.

46. Вертикальный размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносом и затылочным бугром;
- B. серединой большого родничка и подъязычной костью;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. теменными буграми;
- E. затылочным бугром и подбородком.

47. Поперечный размер плечиков плода:

- A. 8,5 см;

- В. 9,5 см; С 10,5 см;
- Д. 11 см;
- Е. 12 см.

48. Прямой размер головки плода — это расстояние между:

- А. переносом и затылочным бугром;
- В. затылочным бугром и подбородком;
- С передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- Д. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;
- Е. серединой большого родничка и подъязычной костью.

49. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

- А. правом косом;
- В. поперечном;
- С. прямом;
- Д. прямом или поперечном;
- Е. левом косом.

50. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. косом и поперечном;
- Е. левом косом.

51. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

- А. прямым;
- В. малым косым;
- С. средним косым;
- Д. большим косым;
- Е. вертикальным.

52. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом размере;
- В. правом косом;
- С. левом косом;
- Д. косом, близко к прямому;
- Е. поперечном.

53. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

- А. затылочный бугор;
- В. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба;
- С. подзатылочная ямка;
- Д. затылочный бугор и переносье;
- Е. граница волосистой части лба.

54. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

- А. широкой;
- В. узкой;
- С. на тазовом дне;
- Д. в полости таза;
- Е. при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

55. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:

- А. правом косом;

- В. поперечном;
- С. состоянии физиологического асинклитизма;
- Д. левом косом;
- Е. все перечисленное выше верно.

56. Что рождается первым при переднеголовном предлежании:

- А. лоб;
- В. переносье;
- С. нос;
- Д. большой родничок;
- Е. затылок.

57. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

- А. большой родничок;
- В. малый родничок;
- С. условно большой родничок;
- Д. середина расстояния между большим и малым родничками;
- Е. затылок.

58. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

- А. врезывание;
- В. сгибание;
- С. дополнительное сгибание, разгибание;
- Д. разгибание;
- Е. прорезывание.

59. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

- А. вертикальным;
- В. средним косым;
- С. малым косым;
- Д. бипариетальным;
- Е. прямым.

60. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

- А. сгибание;
- В. разгибание;
- С. внутренний поворот;
- Д. сгибание, разгибание;
- Е. опускание.

61. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

- А. малым косым;
- В. средним косым;
- С. большим косым;
- Д. вертикальным;
- Е. прямым.

62. В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. прямом и поперечном;
- Е. левом косом.

63. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кро-

ме:

- A. наружной конъюгаты;
- B. индекса Соловьева;
- C. диагональной конъюгаты;
- D. длинника ромба Михаэлиса;
- E. размера Франка.

64. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

- A. 6,5 см и меньше;
- B. 7,5—6,6 см;
- C. 10-9,1 см;
- D. 9-7, 6 см;
- E. 10-11 см.

65. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- A. правильная форма;
- B. тонкие кости;
- C. равномерное уменьшение всех размеров;
- D. острый подлобковый угол;
- E. все перечисленное выше.

66. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

- A. разгибание головки плода во входе в малый таз;
- B. вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;
- C. асинклитическое вставление головки плода;
- D. низкое поперечное стояние сагиттального шва;
- E. все перечисленное выше верно.

67. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

- A. малым косым;
- B. средним косым;
- C. большим косым;
- D. прямым;
- E. вертикальным.

68. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25- 28-31-18):

- A. простому плоскому;
- B. плоскорихитическому;
- C. общеравномерносуженному;
- D. общесужеинному плоскому;
- E. ни одному из перечисленных выше.

69. Проводная точка на головке плода при плоскорихитическом тазе:

- A. малый родничок;
- B. большой родничок;
- C. условно большой родничок;
- D. переносье;
- E. лоб.

70. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27- 27-30-18):

- A. простому плоскому;
- B. кососмещенному;
- C. плоскорихитическому;
- D. общеравномерносуженному;

71. Плоскость выхода малого таза ограничена:

- 9. нижним краем лобкового симфиза;

- 10.верхушкой копчика;
- 11.седалищными буграми;
- 12.седалищными осями.

72. Правый косой размер:

- 9. левый лобковый бугорок;
- 10.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 11.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 12.правый лобковый бугорок.

73. Левый косой размер:

- 9. левый лобковый бугорок;
- 10.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 11.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 12.правый лобковый бугорок.

74. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:

- 9. первого приема пальпации плода в матке;
- 10.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 11.второго приема пальпации плода в матке;
- 12.третьего приема пальпации плода в матке.

75. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:

- 9. четвертого приема пальпации плода в матке;
- 10.третьего приема пальпации плода в матке;
- 11.второго приема пальпации плода в матке;
- 12.первого приема пальпации плода в матке.

76. Истинная конъюгата может быть определена по:

- 9. наружной конъюгате;
- 10.диагональной конъюгате;
- 11.вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
- 12.размеру Франка.

77. Положение и позицию плода определяют с помощью:

- 9. первого приема пальпации плода в матке;
- 10.третьего приема пальпации плода в матке;
- 11.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 12.второго приема пальпации плода в матке.

78. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:

- 9. первого приема пальпации плода в матке;
- 10.третьего приема пальпации плода в матке;
- 11.второго приема пальпации плода в матке;
- 12.четвертого приема пальпации плода в матке.

79. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:

- 9. сочленением 2—3 крестцовых позвонков;
- 10.мысом;
- 11.серединой лобкового симфиза;
- 12.верхним краем лобкового симфиза.

80. Диагональная конъюгата может быть определена:

- 8. по наружной конъюгате;
- 9. по высоте лобкового симфиза;
- 10.по боковой конъюгате;

11.при влагалищном исследовании.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	E	31	D	61	C
2	D	32	B	62	D
3	E	33	D	63	B
4	A	34	B	64	C
5	B	35	D	65	E
6	C	36	A	66	D
7	A	37	B	67	B
8	B	38	B	68	C
9	D	39	D	69	C
10	D	40	C	70	D
11	D	41	E	71	A
12	E	42	B	72	B
13	A	43	A	73	C
14	D	44	E	74	D
15	C	45	C	75	D
16	B	46	B	76	E
17	E	47	E	77	D
18	E	48	A	78	D
19	C	49	A	79	B
20	B	50	E	80	D
21	C	51	B		
22	B	52	D		
23	A	53	B		
24	B	54	B		
25	D	55	E		
26	A	56	C		
27	C	57	A		
28	A	58	B		
29	B	59	C		
30	B	60	D		

9.ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

1. ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО АКУШЕСТВУ:

1. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

- A. вид;
- B.вставление;
- C. членорасположение;
- D. предлежание;
- E. позиция.

- 2. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:**
- A. членорасположение;
 - B. положение;
 - C. вид;
 - D. предлежание;
- 3. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:**
- A. предлежащую часть;
 - B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
 - C. массу плода;
 - D. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
 - E. положение, позицию.
- 4. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:**
- A. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
 - B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
 - C. массу плода;
 - D. положение, позицию плода;
 - E. уровень стояния дна матки.
- 5. Предлежат ягодичы плода, спинка обращена кпереди — это:**
- A. 1-я позиция, передний вид;
 - B. тазовое предлежание, передний вид;
 - C. 1-я позиция, задний вид;
 - D. тазовое предлежание, 1-я позиция;
 - E. тазовое предлежание, 2-я позиция.
- 6. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:**
- A. членорасположение;
 - B. предлежание;
 - C. вставление;
 - D. положение;
 - E. позиция.
- 7. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена вправо — это:**
- A. тазовое предлежание, 2-я позиция;
 - B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;
 - C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;
 - D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;
 - E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.
- 8. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена влево — это:**
- A. 1-я позиция, задний вид;
 - B. тазовое предлежание, 1-я позиция;
 - C. тазовое предлежание, передний вид;
 - D. 1-я позиция, передний вид;
 - E. тазовое предлежание, задний вид.
- 9. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:**
- A. 11 см;
 - B. 13,5 см;
 - C. 20-21 см;
 - D. 12,5-13 см;
 - E. 25-26 см.

10. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

11. Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей:

- A. 24—25 см;
- B. 27-32 см;
- C. 30-32 см;
- D. 25-26 см;
- E. 23-24 см.

12. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- A. 11 см;
- B. 20-21 см;
- C. 25-26 см;
- D. 30-32 см;
- E. 28-29 см.

13. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 12,5 см;
- D. 13 см;
- E. 10,5 см.

14. Правый косой размер — это расстояние между:

- A. верхним краем лобкового симфиза и мысом;
- B. левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;
- C. наиболее отдаленными точками безымянных линий;
- D. правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;
- E. дном вертлужных впадин.

15. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 30-32 см;
- E. 25-26 см.

16. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5см;
- E. 10,5 см.

17. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

18. Диагональная конъюгата:

- A. 20—21 см;
- B. 13,5 см;
- C. 11 см;
- D. 9, 5 см;
- E. 12,5-13 см.

19. Какой из размеров таза равен 20—21 см:

- A. истинная конъюгата;
- B. диагональная конъюгата;
- C. наружная конъюгата;
- D. боковая конъюгата;
- E. косая конъюгата.

20. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5см;
- E. 10,5 см.

21. Истинная конъюгата:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13 см.

22. Укажите размеры нормального большого таза:

- A. 22-25-29-18-9 см;
- B. 25-28-31-20-11 см;
- C. 27-27-32-18-9 см;
- D. 23-25-28-17-8 см;
- E. 25-25-28-20-11 см.

23. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

- A. 31—32 см;
- B. 28-29 см;
- C. 20-21 см;
- D. 23-25 см;
- E. 26-27 см.

24. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 9,5-11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

25. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

27. Затылочное предлежание, передний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди.

28. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

29. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;
- B. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;
- C. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

30. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

- A. первая позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. вторая позиция, задний вид.

31. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере.

32. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. 1-я позиция, задний асинклитизм;
- C. 2-я позиция, задний вид;
- D. 2-я позиция, передний асинклитизм;
- E. головное предлежание, 2-я позиция.

33. Затылочное предлежание, задний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

34. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;
- B. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;
- C. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

35. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. 2-я позиция, задний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. головное предлежание, 1-я позиция.

36. Затылочное предлежание, 1-я позиция:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

37. Затылочное предлежание, 2-я позиция:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

38. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

39. Прямой размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

40. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой поперечный размер.

41. Большой косой размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

42. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. малый косой размер;
- B. средний косой размер;
- C. большой косой размер;
- D. прямой размер;
- E. вертикальный размер.

43. Бипариетальный размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

44. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой косой размер.

45. Большой поперечный размер головки плода — это расстояние между:

- A. границей волосистой части лба и затылочным бугром;
- B. наиболее отдаленными точками венечного шва;
- C. теменными буграми;
- D. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- E. переносьем и затылочным бугром.

46. Вертикальный размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносьем и затылочным бугром;
- B. серединой большого родничка и подъязычной костью;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. теменными буграми;
- E. затылочным бугром и подбородком.

47. Поперечный размер плечиков плода:

- A. 8,5 см;
- B. 9,5 см;
- C. 10,5 см;
- D. 11 см;
- E. 12 см.

48. Прямой размер головки плода — это расстояние между:

- A. переносьем и затылочным бугром;
- B. затылочным бугром и подбородком;
- C. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- D. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;
- E. серединой большого родничка и подъязычной костью.

49. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

- A. правом косом;
- B. поперечном;
- C. прямом;
- D. прямом или поперечном;
- E. левом косом.

50. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

- A. прямом;

- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. косом и поперечном;
- Е. левом косом.

51. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

- А. прямым;
- В. малым косым;
- С. средним косым;
- Д. большим косым;
- Е. вертикальным.

52. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом размере;
- В. правом косом;
- С. левом косом;
- Д. косом, близко к прямому;
- Е. поперечном.

53. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

- А. затылочный бугор;
- В. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба;
- С. подзатылочная ямка;
- Д. затылочный бугор и переносье;
- Е. граница волосистой части лба.

54. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

- А. широкой;
- В. узкой;
- С. на тазовом дне;
- Д. в полости таза;
- Е. при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

55. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:

- А. правом косом;
- В. поперечном;
- С. состоянии физиологического асинклитизма;
- Д. левом косом;
- Е. все перечисленное выше верно.

56. Что рождается первым при переднеголовном предлежании:

- А. лоб;
- В. переносье;
- С. нос;
- Д. большой родничок;
- Е. затылок.

57. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

- А. большой родничок;
- В. малый родничок;
- С. условно большой родничок;
- Д. середина расстояния между большим и малым родничками;
- Е. затылок.

58. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

- А. врезывание;

- В. сгибание;
- С. дополнительное сгибание, разгибание;
- Д. разгибание;
- Е. прорезывание.

59. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

- А. вертикальным;
- В. средним косым;
- С. малым косым;
- Д. бипариетальным;
- Е. прямым.

60. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

- А. сгибание;
- В. разгибание;
- С. внутренний поворот;
- Д. сгибание, разгибание;
- Е. опускание.

61. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

- А. малым косым;
- В. средним косым;
- С. большим косым;
- Д. вертикальным;
- Е. прямым.

62. В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. прямом и поперечном;
- Е. левом косом.

63. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:

- А. наружной конъюгаты;
- В. индекса Соловьева;
- С. диагональной конъюгаты;
- Д. длинника ромба Михаэлиса;
- Е. размера Франка.

64. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

- А. 6,5 см и меньше;
- В. 7,5—6,6 см;
- С. 10-9,1 см;
- Д. 9-7, 6 см;
- Е. 10-11 см.

65. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- А. правильная форма;
- В. тонкие кости;
- С. равномерное уменьшение всех размеров;
- Д. острый подлобковый угол;
- Е. все перечисленное выше.

66. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

- A. разгибание головки плода во входе в малый таз;
- B. вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;
- C. асинклитическое вставление головки плода;
- D. низкое поперечное стояние сагиттального шва;
- E. все перечисленное выше верно.

67. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

- A. малым косым;
- B. средним косым;
- C. большим косым;
- D. прямым;
- E. вертикальным.

68. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25- 28-31-18):

- A. простому плоскому;
- B. плоскорихитическому;
- C. общеравномерносуженному;
- D. общесужеинному плоскому;
- E. ни одному из перечисленных выше.

69. Проводная точка на головке плода при плоскорихитическом тазе:

- A. малый родничок;
- B. большой родничок;
- C. условно большой родничок;
- D. переносье;
- E. лоб.

70. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27- 27-30-18):

- A. простому плоскому;
- B. кососмещенному;
- C. плоскорихитическому;
- D. общеравномерносуженному;

71. Плоскость выхода малого таза ограничена:

- 13.нижним краем лобкового симфиза;
- 14.верхушкой копчика;
- 15.седалищными буграми;
- 16.седалищными осями.

72. Правый косой размер:

- 13.левый лобковый бугорок;
- 14.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 15.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 16.правый лобковый бугорок.

73. Левый косой размер:

- 13.левый лобковый бугорок;
- 14.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 15.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 16.правый лобковый бугорок.

74. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:

- 13.первого приема пальпации плода в матке;
- 14.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 15.второго приема пальпации плода в матке;
- 16.третьего приема пальпации плода в матке.

- 75. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:**
- 13.четвертого приема пальпации плода в матке;
 - 14.третьего приема пальпации плода в матке;
 - 15.второго приема пальпации плода в матке;
 - 16.первого приема пальпации плода в матке.
- 76. Истинная конъюгата может быть определена по:**
- 13.наружной конъюгате;
 - 14.диагональной конъюгате;
 - 15.вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
 - 16.размеру Франка.
- 77. Положение и позицию плода определяют с помощью:**
- 13.первого приема пальпации плода в матке;
 - 14.третьего приема пальпации плода в матке;
 - 15.четвертого приема пальпации плода в матке;
 - 16.второго приема пальпации плода в матке.
- 78. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:**
- 13.первого приема пальпации плода в матке;
 - 14.третьего приема пальпации плода в матке;
 - 15.второго приема пальпации плода в матке;
 - 16.четвертого приема пальпации плода в матке.
- 79. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:**
- 13.сочленением 2—3 крестцовых позвонков;
 - 14.мысом;
 - 15.серединой лобкового симфиза;
 - 16.верхним краем лобкового симфиза.
- 80. Диагональная конъюгата может быть определена:**
- 12.по наружной конъюгате;
 - 13.по высоте лобкового симфиза;
 - 14.по боковой конъюгате;
 - 15.при влагалищном исследовании.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	E	31	D	61	C
2	D	32	B	62	D
3	E	33	D	63	B
4	A	34	B	64	C
5	B	35	D	65	E
6	C	36	A	66	D
7	A	37	B	67	B
8	B	38	B	68	C
9	D	39	D	69	C
10	D	40	C	70	D
11	D	41	E	71	A
12	E	42	B	72	B
13	A	43	A	73	C
14	D	44	E	74	D

15	C	45	C	75	D
16	B	46	B	76	E
17	E	47	E	77	D
18	E	48	A	78	D
19	C	49	A	79	B
20	B	50	E	80	D
21	C	51	B		
22	B	52	D		
23	A	53	B		
24	B	54	B		
25	D	55	E		
26	A	56	C		
27	C	57	A		
28	A	58	B		
29	B	59	C		
30	B	60	D		

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО АКУШЕРСТВУ:

За вопросом (утверждением) следует пять ответов (утверждений). Выберите один, наиболее правильный ответ.

1. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

- A. вид;
- B. вставление;
- C. членорасположение;
- D. предлежание;
- E. позиция.

2. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:

- A. членорасположение;
- B. положение;
- C. вид;
- D. предлежание;

3. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

- A. предлежащую часть;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- E. положение, позицию.

4. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

- A. отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;
- B. отношение предлежащей части ко входу в малый таз;
- C. массу плода;
- D. положение, позицию плода;
- E. уровень стояния дна матки.

5. Предлежат ягодичы плода, спинка обращена кпереди — это:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. тазовое предлежание, передний вид;
- C. 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция.

6. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

- A. членорасположение;
- B. предлежание;
- C. вставление;
- D. положение;
- E. позиция.

7. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена вправо — это:

- A. тазовое предлежание, 2-я позиция;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;
- C. тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;
- D. тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

8. Предлежат ягодичы, спинка плода обращена влево — это:

- A. 1-я позиция, задний вид;
- B. тазовое предлежание, 1-я позиция;
- C. тазовое предлежание, передний вид;
- D. 1-я позиция, передний вид;
- E. тазовое предлежание, задний вид.

9. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 12,5-13 см;
- E. 25-26 см.

10. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

11. Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей:

- A. 24—25 см;
- B. 27-32 см;
- C. 30-32 см;
- D. 25-26 см;
- E. 23-24 см.

12. Расстояние между гребнями подвздошных костей:

- A. 11 см;
- B. 20-21 см;
- C. 25-26 см;
- D. 30-32 см;
- E. 28-29 см.

13. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 12,5 см;
- D. 13 см;
- E. 10,5 см.

14. Правый косой размер — это расстояние между:

- A. верхним краем лобкового симфиза и мысом;
- B. левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;
- C. наиболее отдаленными точками безымянных линий;
- D. правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковым бугорком;
- E. дном вертлужных впадин.

15. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой:

- A. 11 см;
- B. 13,5 см;
- C. 20-21 см;
- D. 30-32 см;
- E. 25-26 см.

16. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5 см;
- E. 10,5 см.

17. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12, 5 см;
- E. 10,5 см.

18. Диагональная конъюгата:

- A. 20—21 см;
- B. 13,5 см;
- C. 11 см;
- D. 9, 5 см;
- E. 12,5-13 см.

19. Какой из размеров таза равен 20—21 см:

- A. истинная конъюгата;
- B. диагональная конъюгата;
- C. наружная конъюгата;
- D. боковая конъюгата;
- E. косая конъюгата.

20. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 11,5 см;
- E. 10,5 см.

21. Истинная конъюгата:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13 см.

22. Укажите размеры нормального большого таза:

- A. 22-25-29-18-9 см;
- B. 25-28-31-20-11 см;
- C. 27-27-32-18-9 см;
- D. 23-25-28-17-8 см;
- E. 25-25-28-20-11 см.

23. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

- A. 31—32 см;
- B. 28-29 см;
- C. 20-21 см;
- D. 23-25 см;
- E. 26-27 см.

24. Прямой размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 9,5-11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

25. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:

- A. 11 см;
- B. 12 см;
- C. 13 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

26. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

- A. 11 см;
- B. 11,5 см;
- C. 12 см;
- D. 12,5 см;
- E. 10,5 см.

27. Затылочное предлежание, передний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди.

28. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

29. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа;
- B. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;
- C. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

30. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кпереди:

- A. первая позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. вторая позиция, задний вид.

31. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере.

32. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди, спинка плода обращена влево:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. 1-я позиция, задний асинклитизм;
- C. 2-я позиция, задний вид;
- D. 2-я позиция, передний асинклитизм;
- E. головное предлежание, 2-я позиция.

33. Затылочное предлежание, задний вид:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

34. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид:

- A. межвертельная линия в поперечном размере, крестец кпереди;
- B. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;
- C. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;
- D. межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;
- E. межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

35. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:

- A. 1-я позиция, передний вид;
- B. головное предлежание, передний вид;
- C. 2-я позиция, задний вид;
- D. головное предлежание, задний вид;
- E. головное предлежание, 1-я позиция.

36. Затылочное предлежание, 1-я позиция:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;
- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

37. Затылочное предлежание, 2-я позиция:

- A. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;
- B. сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;

- C. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;
- D. сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

38. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

- A. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;
- B. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;
- C. сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;
- D. сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;
- E. сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

39. Прямой размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

40. Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой поперечный размер.

41. Большой косой размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

42. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой — это:

- A. малый косой размер;
- B. средний косой размер;
- C. большой косой размер;
- D. прямой размер;
- E. вертикальный размер.

43. Бипариетальный размер головки плода:

- A. 9,5 см;
- B. 10,5 см;
- C. 11 см;
- D. 12 см;
- E. 13,5 см.

44. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода — это:

- A. прямой размер;
- B. вертикальный размер;
- C. малый косой размер;
- D. средний косой размер;
- E. большой косой размер.

45. Большой поперечный размер головки плода — это расстояние между:

- A. границей волосистой части лба и затылочным бугром;

- В. наиболее отдаленными точками венечного шва;
- С. теменными буграми;
- Д. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- Е. переносом и затылочным бугром.

46. Вертикальный размер головки плода — это расстояние между:

- А. переносом и затылочным бугром;
- В. серединой большого родничка и подъязычной костью;
- С. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- Д. теменными буграми;
- Е. затылочным бугром и подбородком.

47. Поперечный размер плечиков плода:

- А. 8,5 см;
- В. 9,5 см; С 10,5 см;
- Д. 11 см;
- Е. 12 см.

48. Прямой размер головки плода — это расстояние между:

- А. переносом и затылочным бугром;
- В. затылочным бугром и подбородком;
- С передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
- Д. границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;
- Е. серединой большого родничка и подъязычной костью.

49. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:

- А. правом косом;
- В. поперечном;
- С. прямом;
- Д. прямом или поперечном;
- Е. левом косом.

50. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. косом и поперечном;
- Е. левом косом.

51. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:

- А. прямым;
- В. малым косым;
- С. средним косым;
- Д. большим косым;
- Е. вертикальным.

52. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:

- А. прямом размере;
- В. правом косом;
- С. левом косом;
- Д. косом, близко к прямому;
- Е. поперечном.

53. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

- А. затылочный бугор;
- В. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба;
- С. подзатылочная ямка;

- D. затылочный бугор и переносье;
- E. граница волосистой части лба.

54. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:

- A. широкой;
- B. узкой;
- C. на тазовом дне;
- D. в полости таза;
- E. при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

55. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:

- A. правом косом;
- B. поперечном;
- C. состоянии физиологического асинклитизма;
- D. левом косом;
- E. все перечисленное выше верно.

56. Что рождается первым при переднеголовном предлежании:

- A. лоб;
- B. переносье;
- C. нос;
- D. большой родничок;
- E. затылок.

57. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:

- A. большой родничок;
- B. малый родничок;
- C. условно большой родничок;
- D. середина расстояния между большим и малым родничками;
- E. затылок.

58. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:

- A. врезывание;
- B. сгибание;
- C. дополнительное сгибание, разгибание;
- D. разгибание;
- E. прорезывание.

59. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:

- A. вертикальным;
- B. средним косым;
- C. малым косым;
- D. бипариетальным;
- E. прямым.

60. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:

- A. сгибание;
- B. разгибание;
- C. внутренний поворот;
- D. сгибание, разгибание;
- E. опускание.

61. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:

- A. малым косым;
- B. средним косым;

- С. большим косым;
- Д. вертикальным;
- Е. прямым.

62. В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

- А. прямом;
- В. правом косом;
- С. поперечном;
- Д. прямом и поперечном;
- Е. левом косом.

63. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:

- А. наружной конъюгаты;
- В. индекса Соловьева;
- С. диагональной конъюгаты;
- Д. длинника ромба Михаэлиса;
- Е. размера Франка.

64. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:

- А. 6,5 см и меньше;
- В. 7,5—6,6 см;
- С. 10-9,1 см;
- Д. 9-7, 6 см;
- Е. 10-11 см.

65. Для общеравномерносуженного таза характерно:

- А. правильная форма;
- В. тонкие кости;
- С. равномерное уменьшение всех размеров;
- Д. острый подлобковый угол;
- Е. все перечисленное выше.

66. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:

- А. разгибание головки плода во входе в малый таз;
- В. вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;
- С. асинклитическое вставление головки плода;
- Д. низкое поперечное стояние сагиттального шва;
- Е. все перечисленное выше верно.

67. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:

- А. малым косым;
- В. средним косым;
- С. большим косым;
- Д. прямым;
- Е. вертикальным.

68. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25- 28-31-18):

- А. простому плоскому;
- В. плоскорихитическому;
- С. общеравномерносуженному;
- Д. общесужеинному плоскому;
- Е. ни одному из перечисленных выше.

69. Проводная точка на головке плода при плоскорихитическом тазе:

- А. малый родничок;
- В. большой родничок;
- С. условно большой родничок;

- D. переносье;
- E. лоб.

70. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27- 27-30-18):

- A. простому плоскому;
- B. кососмещенному;
- C. плоскорихитическому;
- D. общеравномерносуженному;

II. ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОТВЕТАМИ

для каждого вопроса (утверждения) один или несколько ответов являются правильными. Для выбора ответов на поставленные вопросы используйте приведенную ниже схему:

- A. — верны ответы 1, 2, 3.
- B. — верны ответы 1, 3.
- C. — верны ответы 2, 4.
- D. — верен только ответ 4.
- E. — верны все ответы.

71. Плоскость выхода малого таза ограничена:

- 17.нижним краем лобкового симфиза;
- 18.верхушкой копчика;
- 19.седалищными буграми;
- 20.седалищными осями.

72. Правый косой размер:

- 17.левый лобковый бугорок;
- 18.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 19.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 20.правый лобковый бугорок.

73. Левый косой размер:

- 17.левый лобковый бугорок;
- 18.левое крестцово-подвздошное сочленение;
- 19.правое крестцово-подвздошное сочленение;
- 20.правый лобковый бугорок.

74. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:

- 17.первого приема пальпации плода в матке;
- 18.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 19.второго приема пальпации плода в матке;
- 20.третьего приема пальпации плода в матке.

75. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:

- 17.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 18.третьего приема пальпации плода в матке;
- 19.второго приема пальпации плода в матке;
- 20.первого приема пальпации плода в матке.

76. Истинная конъюгата может быть определена по:

- 17.наружной конъюгате;
- 18.диагональной конъюгате;

- 19.вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
- 20.размеру Франка.

77. Положение и позицию плода определяют с помощью:

- 17.первого приема пальпации плода в матке;
- 18.третьего приема пальпации плода в матке;
- 19.четвертого приема пальпации плода в матке;
- 20.второго приема пальпации плода в матке.

78. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:

- 17.первого приема пальпации плода в матке;
- 18.третьего приема пальпации плода в матке;
- 19.второго приема пальпации плода в матке;
- 20.четвертого приема пальпации плода в матке.

79. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:

- 17.сочленением 2—3 крестцовых позвонков;
- 18.мысом;
- 19.серединой лобкового симфиза;
- 20.верхним краем лобкового симфиза.

80. Диагональная конъюгата может быть определена:

- 16.по наружной конъюгате;
- 17.по высоте лобкового симфиза;
- 18.по боковой конъюгате;
- 19.при влагалищном исследовании.

81. Границами истинной конъюгаты являются:

- 5. мыс;
- 6. крестцово-копчиковое сочленение;
- 7. верхневнутренний край лобкового симфиза;
- 8. середина лобкового симфиза.

82. Истинная конъюгата может быть определена по:

- 5. прямому размеру выхода малого таза;
- 6. высоте лобкового симфиза;
- 7. горизонтальному размеру ромба Михаэлиса;
- 8. размеру Франка.

83. Какой форме и степени сужения таза соответствуют его размеры 27-27-30-17-10-8 см:

- 5. плоскорахитический таз;
- 6. простой плоский таз;
- 7. сужению II степени;
- 8. сужению I степени.

84. Точки вращения при переднеголовном предлежании:

- 5. переносье;
- 6. граница волосистой части лба;
- 7. затылочный бугор;
- 8. подъязычная кость.

85. При поступлении беременной в акушерский стационар обязательным является:

- 5. определение группы крови и резус-фактора;
- 6. проведение реакции Вассермана;
- 7. исследование на инфицирование ВИЧ;

8. клинический анализ крови.

86. К ранним токсикозам беременных относят:

- 5. рвоту беременных;
- 6. гиперсаливацию;
- 7. дерматозы;
- 8. острую желтую дистрофию печени.

87. При рвоте беременных возможны нарушения:

- 5. углеводного обмена;
- 6. жирового обмена;
- 7. белкового обмена;
- 8. водно-электролитного баланса.

88. Основные принципы лечения рвоты беременных:

- 5. седативная терапия;
- 6. витаминотерапия;
- 7. инфузионная терапия;
- 8. лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

89. Абсолютным показанием к прерыванию беременности при рвоте беременных является:

- 5. почечная недостаточность;
- 6. печеночная недостаточность;
- 7. коматозное состояние;
- 8. значительное уменьшение массы тела.

90. Дерматозы беременных следует дифференцировать от:

- 5. сахарного диабета;
- 6. нейродермита;
- 7. аллергического дерматита;
- 8. глистной инвазии.

91. Для гестоза характерны:

- 5. относительная гиповолемия;
- 6. нарушение микроциркуляции в жизненно важных органах;
- 7. хроническая форма ДВС-синдрома;
- 8. фетоплацентарная недостаточность.

92. Укажите лабораторно-инструментальные критерии диагностики претоксикоза:

- 5. тромбоцитопения;
- 6. снижение уровня антитромбина III в 1,5 раза;
- 7. уменьшение количества лимфоцитов до 18 % и меньше;
- 8. нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях.

93. Назовите критерии лабораторной оценки тяжести гестоза:

- 5. уменьшение количества тромбоцитов;
- 6. уменьшение содержания эндогенного гепарина;
- 7. дисбаланс простагландинов;
- 8. снижение уровня антитромбина III.

94. Тяжесть течения гестоза определяется:

- 5. степенью выраженности клинических признаков;
- 6. длительностью течения;
- 7. эффективностью проводимой терапии;
- 8. степенью выраженности фетоплацентарной недостаточности.

95. Острый жировой гепатоз проявляется:

5. диспепсическими расстройствами;
6. некорригируемой гипогликемией;
7. геморрагическим синдромом;
8. выраженной активностью трансфераз и появлением антигенов гепатита В в сыворотке крови.

96. Назовите показания к госпитализации беременных с гестозом:

5. однократное увеличение массы тела более чем на 500 г в неделю;
6. повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и более;
7. появление отеков стоп в вечернее время;
8. альбуминурия.

97. Перечислите показания к досрочному прерыванию

5. неэффективность интенсивной комплексной терапии в течение 2—3 нед;
6. прогрессирование нарушений кровотока в системе мать—плацента—плод;
7. нарушение кровотока в маточных артериях и артериях почек беременной;
8. нарушение концентрационной способности почек у беременной.

98. Патогенетическая терапия при гестозе направлена на:

5. нормализацию волемических параметров кровообращения;
6. нормализацию нарушений микроциркуляции в тканях;
7. профилактику и лечение ДВС-синдрома;
8. нормализацию кислотно-основного состояния.

99. Назовите наиболее характерные особенности клинического течения гестоза:

5. раннее возникновение (после 20 нед беременности);
6. сочетание с экстрагенитальной патологией;
7. низкая эффективность патогенетической терапии;
8. частое развитие фетоплацентарной недостаточности.

100. Летальный исход при эклампсии может быть связан с:

5. кровоизлиянием в мозг;
6. острой почечно-печеночной недостаточностью;
7. дыхательной недостаточностью;
8. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

101. Укажите характерные клинические симптомы преэклампсии:

5. общие отеки;
6. головная боль, нарушение зрения;
7. АД выше 150/90 мм рт. ст.;
8. боли в эпигастральной области.

102. Искусственная вентиляция легких показана при:

5. эклампсической коме;
6. дыхательной недостаточности;
7. острой почечно-печеночной недостаточности;
8. эклампсическом припадке.

103. Прогностически неблагоприятными признаками развития эклампсии следует считать:

5. гипокинетический тип кровообращения;
6. нарушение почечной гемодинамики III стадии;
7. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях беременной;
8. ретроградный кровоток в надблоковых артериях беременной.

104. Назовите показания к досрочному родоразрешению при тяжелых формах гестоза:

5. критическое состояние плодово-плацентарного кровотока;
6. нарушения почечной гемодинамики III стадии у беременной;
7. гипокинетический тип центральной гемодинамики у беременной;
8. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях.

105. Назовите факторы, предрасполагающие к развитию гестационного пиелонефрита:

5. анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов;
6. нарушение уродинамики верхних мочевых путей;
7. бессимптомная бактериурия у беременной и/или бессимптомная бактериоспермия у мужа;
8. инфекционные заболевания во время беременности и в анамнезе.

106. Факторы, способствующие развитию анемии во время беременности:

5. профессиональные вредности;
6. интервал между родами менее 3 лет;
7. гиперполименорея;
8. угроза прерывания беременности.

107. Какие осложнения возможны во время беременности при гипертонической болезни:

5. раннее развитие сочетанных форм гестоза;
6. преждевременное прерывание беременности;
7. фетоплацентарная недостаточность;
8. перенашивание.

108. Какие осложнения возможны при пиелонефрите, развившемся во время беременности:

5. анемия;
6. внутриутробное инфицирование плода;
7. синдром задержки роста плода;
8. развитие сочетанной формы гестоза.

109. Развитие вирусного гепатита в период беременности может сопровождаться:

5. досрочным прерыванием беременности;
6. гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;
7. развитием тяжелой формы гестоза;
8. развитием фетоплацентарной недостаточности.

III. ВОПРОСЫ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Отвечая на вопросы данного раздела, используйте приведенную ниже схему:

Ответ	Утверждение	Утверждение	Связь 1	2
A.	Верно	Верно	Верно	
B.	Верно	Верно	Неверно	
C.	Верно	Неверно	Неверно	
D.	Неверно	Верно	Неверно	
E.	Неверно	Неверно	Неверно	

110. Проведение амниоцентеза противопоказано при пороках развития плода, потому что амниоцентез всегда следует проводить под ультразвуковым контролем.

- 111.** После 20-й недели беременности наблюдается значительное повышение сосудистой резистентности в маточных артериях,
потому что
к 16—18 нед беременности завершается процесс инвазии трофобласта.
- 112.** При исследовании околоплодных вод определить зрелость легочной ткани плода можно начиная с 36-й недели беременности,
потому что
в 37—38 нед беременности наблюдается максимальное количество амниотической жидкости.
- 113.** По уровню эстриола в организме беременной можно оценить состояние плода,
так как
секреция эстриола зависит от андрогенных предшественников, синтезируемых в надпочечниках плода.
- 114.** Хроническая гипоксия плода — одно из показаний к амниоскопии,
потому что
амниоскопия — это трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного яйца.
- 115.** Запись кардиотокограммы необходимо продолжать в течение 40—60 мин,
потому что
при хронической гипоксии плода возможен отрицательный нестрессовый тест.
- 116.** Ведущую роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности играет гестоз,
так как
основным патогенетическим фактором хронической фетоплацентарной недостаточности являются гемодинамические нарушения с расстройством микроциркуляции.
- 117.** При внутриутробной задержке роста плода в 86 % наблюдений отмечается маловодие,
так как
при внутриутробной задержке роста плода нарушается продукция околоплодных вод амниотической оболочкой и снижается функция почек плода.
- 118.** При критическом состоянии плодово-плацентарного кровотока показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения,
так как
в условиях декомпенсированной плацентарной недостаточности высока вероятность антенатальной гибели плода.
- 119.** Рвота беременных часто возникает при dizиготных двойнях, **так как**
при многоплодной беременности наблюдается избыточная антигенная стимуляция организма матери.
- 120.** Основным компонентом комплексного лечения бесплодия у женщин является гормональная терапия,
потому что
циклически применяемые эстрогены и прогестерон стимулируют пролиферативные и секреторные изменения в эндометрии, обеспечивая оптимальные условия для имплантации зародыша.
- 121.** Максимальное повышение кариопикнотического индекса при нормальном менструальном цикле приходится на 16—18-й день,
потому что
под влиянием эстрогенов происходят пролиферация, дифференцировка и созревание клеток влагалищного эпителия.

122. При гиперандрогении любого генеза патогенетически обоснованной является терапия глюкокортикоидами, **потому что** экзогенное введение дексаметазона приводит к снижению продукции АКТГ и андрогенов.

123. При лечении гиперандрогении глюкокортикоиды назначают на ночь, **потому что** наиболее высокий уровень кортизола в крови наблюдается в ранние утренние часы.

124. Перенашивание беременности часто сопровождается формированием крупного плода, **потому что** перенашивание развивается на фоне неосложненного течения беременности и не сопровождается фетоплацентарной недостаточностью.

125. При запоздалых родах всегда производят рассечение промежности, **потому что** перенашивание беременности всегда сочетается с крупным плодом.

126. При пролонгированной беременности перинатальные осложнения возникают реже, чем при доношенной, **потому что** пролонгирование беременности не сопровождается изменениями состояния плода.

127. Биологическое перенашивание беременности является физиологическим, **потому что** допустимы индивидуальные сроки продолжительности беременности от 266 до 294 дней, при которых не возникает дистресс плода.

128. При перенашивании беременности в околоплодных водах повышается концентрация лактатдегидрогеназы, молочной кислоты, уменьшается, содержание глюкозы и РНК, **потому что** при перенашивании беременности происходит активация гликолитического обмена, резко замедляются процессы ассимиляции.

129. При пролонгированной беременности плацента не имеет морфологических особенностей по сравнению с плацентой при доношенной беременности, **потому что** пролонгирование беременности — это физиологическое явление, способствующее созреванию плода.

130. При удалении пузырного заноса предпочтительна его вакуум-аспирация, **потому что** удаление пузырного заноса путем кюретажа небезопасно из-за возможной перфорации матки.

131. После удаления пузырного заноса длительность диспансерного наблюдения за больной составляет 2 года, **потому что** за это время восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции женщины.

132. При хориокарциноме в соскобе эндометрия всегда обнаруживают клетки опухоли, **потому что** рост опухоли может быть как экзо-, так и эндофитным.

133. Хориокарцинома развивается только после инвазивного пузырного заноса, **потому что** инвазивный пузырный занос может метастазировать.

134. Наиболее информативным методом диагностики трубной беременности является транс вагинальная эхография, **потому что** при подозрении на внематочную беременность ультразвуковое исследование позволяет

исключить маточную беременность.

135. При подозрении на внутрибрюшное кровотечение всегда производят пункцию брюшной полости через задний свод влагалища,

потому что

диагностика нарушенной трубной беременности возможна только на основании получения жидкой темной крови с мелкими сгустками.

136. При предлежании плаценты основным клиническим симптомом является наружное кровотечение на фоне повышенной сократительной активности матки,

потому что

при формировании нижнего сегмента происходит частичная отслойка плаценты.

137. При повторяющихся кровянистых выделениях во второй половине беременности женщина должна находиться под тщательным наблюдением врача женской консультации,

потому что

наиболее частой причиной кровотечения во второй половине беременности является предлежание плаценты.

138. Мертвый плод при полном предлежании является противопоказанием к кесареву сечению,

так как

эту операцию производят только при наличии живого плода.

139. После самопроизвольных родов, сопровождавшихся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, следует произвести ручное отделение плаценты и выделение последа,

потому что

при преждевременной отслойке плаценты необходимо быстро опорожнить матку и определить ее сократительную способность.

140. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роды всегда заканчиваются кесаревым сечением,

потому что

во время кесарева сечения можно выявить маточно-плацентарную апоплексию.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО АКУШЕРСТВУ:

1. Границами истинной конъюгаты являются:

- 9. мыс;
- 10.крестцово-копчиковое сочленение;
- 11.верхневнутренний край лобкового симфиза;
- 12.середина лобкового симфиза.

2. Истинная конъюгата может быть определена по:

- 9. прямому размеру выхода малого таза;
- 10.высоте лобкового симфиза;
- 11.горизонтальному размеру ромба Михаэлиса;
- 12.размеру Франка.

3. Какой форме и степени сужения таза соответствуют его размеры 27-27-30-17-10-8 см:

- 9. плоскорахитический таз;
- 10.простой плоский таз;
- 11.сужению II степени;
- 12.сужению I степени.

- 4. Точки вращения при переднеголовном предлежании:**
- 9. переносье;
 - 10. граница волосистой части лба;
 - 11. затылочный бугор;
 - 12. подъязычная кость.
- 5. При поступлении беременной в акушерский стационар обязательным является:**
- 9. определение группы крови и резус-фактора;
 - 10. проведение реакции Вассермана;
 - 11. исследование на инфицирование ВИЧ;
 - 12. клинический анализ крови.
- 6. К ранним токсикозам беременных относят:**
- 9. рвоту беременных;
 - 10. гиперсаливацию;
 - 11. дерматозы;
 - 12. острую желтую дистрофию печени.
- 7. При рвоте беременных возможны нарушения:**
- 9. углеводного обмена;
 - 10. жирового обмена;
 - 11. белкового обмена;
 - 12. водно-электролитного баланса.
- 8. Основные принципы лечения рвоты беременных:**
- 9. седативная терапия;
 - 10. витаминотерапия;
 - 11. инфузионная терапия;
 - 12. лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.
- 9. Абсолютным показанием к прерыванию беременности при рвоте беременных является:**
- 9. почечная недостаточность;
 - 10. печеночная недостаточность;
 - 11. коматозное состояние;
 - 12. значительное уменьшение массы тела.
- 10. Дерматозы беременных следует дифференцировать от:**
- 9. сахарного диабета;
 - 10. нейродермита;
 - 11. аллергического дерматита;
 - 12. глистной инвазии.
- 11. Для гестоза характерны:**
- 9. относительная гиповолемия;
 - 10. нарушение микроциркуляции в жизненно важных органах;
 - 11. хроническая форма ДВС-синдрома;
 - 12. фетоплацентарная недостаточность.
- 12. Укажите лабораторно-инструментальные критерии диагностики претоксикоза:**
- 9. тромбоцитопения;
 - 10. снижение уровня антитромбина III в 1,5 раза;
 - 11. уменьшение количества лимфоцитов до 18 % и меньше;
 - 12. нарушение кровотока в маточных и спиральных артериях.
- 13. Назовите критерии лабораторной оценки тяжести гестоза:**

- 9. уменьшение количества тромбоцитов;
- 10. уменьшение содержания эндогенного гепарина;
- 11. дисбаланс простагландинов;
- 12. снижение уровня антитромбина III.

14. Тяжесть течения гестоза определяется:

- 9. степенью выраженности клинических признаков;
- 10. длительностью течения;
- 11. эффективностью проводимой терапии;
- 12. степенью выраженности фетоплацентарной недостаточности.

15. Острый жировой гепатоз проявляется:

- 9. диспепсическими расстройствами;
- 10. некорригируемой гипогликемией;
- 11. геморрагическим синдромом;
- 12. выраженной активностью трансфераз и появлением антигенов гепатита В в сыворотке крови.

16. Назовите показания к госпитализации беременных с гестозом:

- 9. однократное увеличение массы тела более чем на 500 г в неделю;
- 10. повышение АД до 140/90 мм рт.ст. и более;
- 11. появление отеков стоп в вечернее время;
- 12. альбуминурия.

17. Перечислите показания к досрочному прерыванию

- 9. неэффективность интенсивной комплексной терапии в течение 2—3 нед;
- 10. прогрессирование нарушений кровотока в системе мать—плацента—плод;
- 11. нарушение кровотока в маточных артериях и артериях почек беременной;
- 12. нарушение концентрационной способности почек у беременной.

18. Патогенетическая терапия при гестозе направлена на:

- 9. нормализацию волемических параметров кровообращения;
- 10. нормализацию нарушений микроциркуляции в тканях;
- 11. профилактику и лечение ДВС-синдрома;
- 12. нормализацию кислотно-основного состояния.

19. Назовите наиболее характерные особенности клинического течения гестоза:

- 9. раннее возникновение (после 20 нед беременности);
- 10. сочетание с экстрагенитальной патологией;
- 11. низкая эффективность патогенетической терапии;
- 12. частое развитие фетоплацентарной недостаточности.

20. Летальный исход при эклампсии может быть связан с:

- 9. кровоизлиянием в мозг;
- 10. острой почечно-печеночной недостаточностью;
- 11. дыхательной недостаточностью;
- 12. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

21. Укажите характерные клинические симптомы преэклампсии:

- 9. общие отеки;
- 10. головная боль, нарушение зрения;
- 11. АД выше 150/90 мм рт. ст.;
- 12. боли в эпигастриальной области.

22. Искусственная вентиляция легких показана при:

- 9. эклампсической коме;
- 10. дыхательной недостаточности;
- 11. острой почечно-печеночной недостаточности;
- 12. эклампсическом припадке.

23. Прогностически неблагоприятными признаками развития эклампсии следует считать:

- 9. гипокинетический тип кровообращения;
- 10. нарушение почечной гемодинамики III стадии;
- 11. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях беременной;
- 12. ретроградный кровоток в надблоковых артериях беременной.

24. Назовите показания к досрочному родоразрешению при тяжелых формах гестоза:

- 9. критическое состояние плодово-плацентарного кровотока;
- 10. нарушения почечной гемодинамики III стадии у беременной;
- 11. гипокинетический тип центральной гемодинамики у беременной;
- 12. двустороннее нарушение кровотока в маточных артериях.

25. Назовите факторы, предрасполагающие к развитию гестационного пиелонефрита:

- 9. анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов;
- 10. нарушение уродинамики верхних мочевых путей;
- 11. бессимптомная бактериурия у беременной и/или бессимптомная бактериоспермия у мужа;
- 12. инфекционные заболевания во время беременности и в анамнезе.

26. Факторы, способствующие развитию анемии во время беременности:

- 9. профессиональные вредности;
- 10. интервал между родами менее 3 лет;
- 11. гиперполименорея;
- 12. угроза прерывания беременности.

27. Какие осложнения возможны во время беременности при гипертонической болезни:

- 9. раннее развитие сочетанных форм гестоза;
- 10. преждевременное прерывание беременности;
- 11. фетоплацентарная недостаточность;
- 12. перенашивание.

28. Какие осложнения возможны при пиелонефрите, развившемся во время беременности:

- 9. анемия;
- 10. внутриутробное инфицирование плода;
- 11. синдром задержки роста плода;
- 12. развитие сочетанной формы гестоза.

29. Развитие вирусного гепатита в период беременности может сопровождаться:

- 9. досрочным прерыванием беременности;
- 10. гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;
- 11. развитием тяжелой формы гестоза;
- 12. развитием фетоплацентарной недостаточности.

30. Проведение амниоцентеза противопоказано при пороках развития плода, потому что амниоцентез всегда следует проводить под ультразвуковым контролем.

31. После 20-й недели беременности наблюдается значительное повышение сосудистой резистентности в маточных артериях,
потому что
к 16—18 нед беременности завершается процесс инвазии трофобласта.
32. При исследовании околоплодных вод определить зрелость легочной ткани плода можно начиная с 36-й недели беременности,
потому что
в 37—38 нед беременности наблюдается максимальное количество амниотической жидкости.
33. По уровню эстриола в организме беременной можно оценить состояние плода,
так как
секреция эстриола зависит от андрогенных предшественников, синтезируемых в надпочечниках плода.
34. Хроническая гипоксия плода — одно из показаний к амниоскопии,
потому что
амниоскопия — это трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного яйца.
35. Запись кардиотокограммы необходимо продолжать в течение 40—60 мин,
потому что
при хронической гипоксии плода возможен отрицательный нестрессовый тест.
36. Ведущую роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности играет гестоз,
так как
основным патогенетическим фактором хронической фетоплацентарной недостаточности являются гемодинамические нарушения с расстройством микроциркуляции.
37. При внутриутробной задержке роста плода в 86 % наблюдений отмечается маловодие,
так как
при внутриутробной задержке роста плода нарушается продукция околоплодных вод амниотической оболочкой и снижается функция почек плода.
38. При критическом состоянии плодово-плацентарного кровотока показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения,
так как
в условиях декомпенсированной плацентарной недостаточности высока вероятность антенатальной гибели плода.
39. Рвота беременных часто возникает при dizygotных двойнях, **так как**
при многоплодной беременности наблюдается избыточная антигенная стимуляция организма матери.
40. Основным компонентом комплексного лечения бесплодия у женщин является гормональная терапия,
потому что
циклически применяемые эстрогены и прогестерон стимулируют пролиферативные и секреторные изменения в эндометрии, обеспечивая оптимальные условия для имплантации зародыша.
41. Максимальное повышение кариопикнотического индекса при нормальном менструальном цикле приходится на 16—18-й день,
потому что
под влиянием эстрогенов происходят пролиферация, дифференцировка и созревание клеток влагалищного эпителия.

42. При гиперандрогении любого генеза патогенетически обоснованной является терапия глюкокортикоидами, **потому что** экзогенное введение дексаметазона приводит к снижению продукции АКТГ и андрогенов.
43. При лечении гиперандрогении глюкокортикоиды назначают на ночь, **потому что** наиболее высокий уровень кортизола в крови наблюдается в ранние утренние часы.
44. Перенашивание беременности часто сопровождается формированием крупного плода, **потому что** перенашивание развивается на фоне неосложненного течения беременности и не сопровождается фетоплацентарной недостаточностью.
45. При запоздалых родах всегда производят рассечение промежности, **потому что** перенашивание беременности всегда сочетается с крупным плодом.
46. При пролонгированной беременности перинатальные осложнения возникают реже, чем при доношенной, **потому что** пролонгирование беременности не сопровождается изменениями состояния плода.
47. Биологическое перенашивание беременности является физиологическим, **потому что** допустимы индивидуальные сроки продолжительности беременности от 266 до 294 дней, при которых не возникает дистресс плода.
48. При перенашивании беременности в околоплодных водах повышается концентрация лактатдегидрогеназы, молочной кислоты, уменьшается, содержание глюкозы и РНК, **потому что** при перенашивании беременности происходит активация гликолитического обмена, резко замедляются процессы ассимиляции.
49. При пролонгированной беременности плацента не имеет морфологических особенностей по сравнению с плацентой при доношенной беременности, **потому что** пролонгирование беременности — это физиологическое явление, способствующее созреванию плода.
50. При удалении пузырного заноса предпочтительна его вакуум-аспирация, **потому что** удаление пузырного заноса путем кюретажа небезопасно из-за возможной перфорации матки.
51. После удаления пузырного заноса длительность диспансерного наблюдения за больной составляет 2 года, **потому что** за это время восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции женщины.
52. При хориокарциноме в соскобе эндометрия всегда обнаруживают клетки опухоли, **потому что** рост опухоли может быть как экзо-, так и эндофитным.
53. Хориокарцинома развивается только после инвазивного пузырного заноса, **потому что** инвазивный пузырный занос может метастазировать.
54. транс вагинальная эхография, **потому что**

при подозрении на внематочную беременность ультразвуковое исследование позволяет исключить маточную беременность.

- 55.** При подозрении на внутрибрюшное кровотечение всегда производят пункцию брюшной полости через задний свод влагалища,
потому что
диагностика нарушенной трубной беременности возможна только на основании получения жидкой темной крови с мелкими сгустками.
- 56.** При предлежании плаценты основным клиническим симптомом является наружное кровотечение на фоне повышенной сократительной активности матки,
потому что
при формировании нижнего сегмента происходит частичная отслойка плаценты.
- 57.** При повторяющихся кровянистых выделениях во второй половине беременности женщина должна находиться под тщательным наблюдением врача женской консультации, **потому что**
наиболее частой причиной кровотечения во второй половине беременности является предлежание плаценты.
- 58.** Мертвый плод при полном предлежании является противопоказанием к кесареву сечению,
так как
эту операцию производят только при наличии живого плода.
- 59.** После самопроизвольных родов, сопровождавшихся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, следует произвести ручное отделение плаценты и выделения последа,
потому что
при преждевременной отслойке плаценты необходимо быстро опорожнить матку и определить ее сократительную способность.
- 60.** При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роды всегда заканчиваются кесаревым сечением,
потому что
во время кесарева сечения можно выявить маточно-плацентарную апоплексию.

Укажите наиболее вероятные этиологические и патогенетические факторы прерывания беременности:

144. в I триместре;

145. во II триместре;

146. в III триместре.

- A. истмико-цервикальная недостаточность;
- B. повышенный тонус матки, обусловленный осложненным течением беременности;
- C. гипофункция яичников и воспалительные изменения в половой системе;
- D. механическая травма;
- E. хромосомные болезни плода.

Дайте определение понятию:

146. невынашивание беременности;

147. недонашивание беременности;

66. привычное невынашивание беременности.

- A. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед;
- B. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед;
- C. самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз;

- D. самопроизвольное прерывание беременности в сроки до 22 нед;
- E. самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 28 нед.

Укажите основной метод патогенетически обоснованного лечения при невынашивании беременности:

- 150. в I триместре;
- 151. во II триместре;
- 152. в III триместре.
 - A. хирургическое лечение;
 - B. комплексная гормональная терапия;
 - C. применение токолитиков;
 - D. электросон и физиотерапия;
 - E. спазмолитическая терапия.

Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования:

- 70. угрожающий выкидыш;
- 153. начавшийся выкидыш;
- 154. неполный выкидыш.
 - A. шейка сохранена, размягчена, выделения из половых путей кровянистые, умеренные;
 - B. шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки пропускает палец, выделения кровянистые со сгустками;
 - C. шейка сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения серозные;
 - D. шейка размягчена, укорочена, пролабирует плодный пузырь;
 - E. шейка размягчена, укорочена, канал шейки матки раскрыт, нижний полюс плодного яйца определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения.

Излитие околоплодных вод может быть:

- 155. преждевременное;
- 156. раннее;
- 157. запоздалое;
- 158. своевременное.
 - A. с появлением регулярной родовой деятельности;
 - B. до начала родовой деятельности;
 - C. при открытии шейки матки более чем на 5 см;
 - D. в периоде изгнания;
 - E. с началом потуг.

Укажите основные признаки:

- 160. первичной слабости родовой деятельности;
- 161. вторичной слабости родовой деятельности;
- 162. дискоординированной родовой деятельности.
 - A. схватки регулярные, слабые, короткие, замедленная динамика раскрытия шейки матки;
 - B. схватки нерегулярные, различной интенсивности, болезненные, отсутствие динамики в раскрытии шейки матки;
 - C. женщина утомлена вследствие длительной родовой деятельности, схватки слабые, короткие, динамика раскрытия шейки матки замедлена или отсутствует;
 - D. схватки регулярные, нарастающие по силе и частоте, прогрессирующее сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева;
 - E. незначительные тянущие боли внизу живота и пояснице, тонус матки нормальный, шейка матки «зрелая».

Укажите основные дифференциально-диагностические признаки:

163. перитонита, связанного с инфицированием брюшины во время кесарева сечения;

164. перитонита-пареза;

165. перитонита, развившегося на фоне несостоятельности швов на матке.

А. начало на 4—9-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины положительные, парез кишечника постепенно нарастает, симптомы интоксикации не выражены в начале заболевания, но нарастают в токсической фазе перитонита.

Анализ крови: умеренный лейкоцитоз;

В. начало на 3—4-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины не выражены, парез кишечника, переходящий в «паралитическую» динамическую кишечную непроходимость. Анализ крови: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов;

С. заболевание начинается на 1—2-е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют, отмечаются выраженные парез кишечника и интоксикация. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево;

Д. начало на 12—13-е сутки. Слабовыраженные симптомы раздражения брюшины и интоксикации, парез кишечника. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз;

Е. начало на 4—5-е сутки после операции, умеренно выраженные симптомы интоксикации, симптомы раздражения брюшины и парез кишечника отсутствуют, субинволюция матки, лохии гнойные. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз.

Определите врачебную тактику в случае:

166. перитонита, связанного с инфицированием брюшины во время кесарева сечения;

167. перитонита-пареза;

168. перитонита, развившегося на фоне несостоятельности швов на матке.

А. комплексная консервативная терапия в течение 2—3 дней;

В. комплексная консервативная терапия в течение 18—24 ч, при неэффективности — лапаротомия, устранение очага инфекции, дренирование брюшной полости;

С. экстирпация матки с трубами в экстренном порядке с дренированием брюшной полости, проводимая на фоне комплексной инфузионно-трансфузионной терапии;

Д. лапароскопическая санация брюшной полости;

Е. лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости на фоне комплексной консервативной терапии.

Какому сроку беременности соответствуют перечисленные ниже периоды развития внутриутробного плода:

86. ранний фетальный период;

87. поздний фетальный период;

171. бластогенез;

172. эмбриогенез;

173. фетогенез.

А. от момента оплодотворения до 15-го дня беременности;

В. с 16-го по 75-й день беременности;

С. с 76-го по 280-й день беременности;

Д. с 76-го по 180-й день беременности;

Е. со 181-го по 280-й день беременности.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	D	21	E	41	E
2	D	22	A	42	E
3	E	23	B	43	D
4	D	24	D	44	E
5	A	25	C	45	B
6	B	26	E	46	C
7	E	27	D	47	D
8	D	28	D	48	C

9	D	29	C	49	D
10	E	30	E	50	C
11	D	31	C		
12	C	32	D		
13	D	33	A		
14	B	34	D		
15	D	35	C		
16	C	36	D		
17	C	37	E		
18	E	38	D		
19	B	39	A		
20	C	40	D		

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ:

1. В процессе эмбриогенеза из парамезонефрических (мюллеровых) протоков развиваются:

- A. маточная труба;
- B. матка;
- C. верхняя треть влагалища;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

2. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:

- A. 1-й неделе гестации;
- B. 14-й неделе гестации;
- C. 30-й неделе гестации;
- D. 7-й неделе гестации;
- E. в раннем неонатальном периоде.

3. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:

- A. маточные трубы;
- B. строму яичников;
- C. тело матки;
- D. круглые связки матки;
- E. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарных образований.

4. Из урогенитального синуса развиваются:

- A. нижние $2/5$ влагалища;
- B. девственная плева;
- C. преддверие влагалища;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

5. Лимфоотток от тела матки и маточных труб осуществляется в:

- A. поясничные и крестцовые лимфатические узлы;
- B. парааортальные лимфатические узлы;
- C. общие подвздошные лимфатические узлы;
- D. паховые лимфатические узлы;
- E. во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

6. Иннервация матки и влагалища осуществляется:

- А. подчревными и пудендальными нервами;
- В. тазовыми и подчревными нервами;
- С. тазовыми нервами;
- Д. пудендальными и запираательными нервами;
- Е. запираательными нервами.

7. Кровоснабжение яичников осуществляется:

- А. маточной артерией;
- В. яичниковой артерией;
- С. подвздошно-поясничной артерией;
- Д. внутренней половой и яичниковой артериями;
- Е. маточной и яичниковой артериями.

8. Маточная артерия является ветвью:

- А. аорты;
- В. общей подвздошной артерии;
- С. наружной подвздошной артерии;
- Д. внутренней подвздошной артерии;
- Е. подвздошно-поясничной артерии.

9. Широкие связки матки включают:

- А. маточные трубы;
- В. кардинальные связки;
- С. маточные сосуды;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

10. Топографоанатомические особенности яичников:

- А. покрыты брюшиной;
- В. соединены со стенками таза собственными связками;
- С. являются производными парамезонефрического протока;
- Д. все ответы верны;
- Е. все ответы ошибочны.

11. Продолжительность нормального менструального цикла:

- А. 28-29 дней;
- В. 28-40 дней;
- С. 3-7 дней;
- Д. 21-35 дней;
- Е. 14-28 дней.

12. Продолжительность нормальной менструации:

- А. 1—3 дня;
- В. 3—5 дней;
- С. 3-7 дней;
- Д. 5 дней;
- Е. 2-10 дней.

13. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:

- А. 200-250 мл;
- В. 100-150 мл;
- С. 20-30 мл;
- Д. 50-70 мл;

Е. 150-200 мл.

14. Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

- А. «пикового» выброса лютеотропина;
- В. снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови;
- С. снижения уровня пролактина в крови;
- Д. повышения уровня эстрадиола в крови;
- Е. «пикового» выброса фоллитропина.

15. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

- А. правильный ритм менструации;
- В. время наступления первой менструации;
- С. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- Д. овуляция;
- Е. все перечисленное выше.

16. Какой из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла?

- А. Симптом зрачка.
- В. Кариопикнотический индекс.
- С. Базальная термометрия.
- Д. Симптом «папоротника».
- Е. Все перечисленное выше.

17. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

- А. эстрадиола;
- В. простагландинов;
- С. прогестерона; D-ЛГ;
- Е. ФСГ.

18. «Пик» лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:

- А. значительного повышения уровня пролактина в крови;
- В. уменьшения выработки фоллитропина;
- С. уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона;
- Д. снижения уровня эстрогенов и прогестерона;
- Е. значительного повышения уровня эстрадиола.

19. Циклическая секреция лютеотропина и фоллитропина обеспечивается:

- А. выбросом гонадотропин-релизинг-гормона один раз в 60—90 мин;
- В. механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках;
- С. периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости;
- Д. периодическим выбросом нейротрансмиттеров;
- Е. изменением кровотока в портальной системе гипофиза.

20. Синтез гонадолиберина осуществляется в:

- А. передней доле гипофиза;
- В. задней доле гипофиза;
- С. ядрах гипоталамуса;
- Д. нейронах коры большого мозга;
- Е. в нейронах мозжечка.

21. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:

- А. анализа графика базальной температуры;
- В. ультразвукового мониторинга развития доминантного фолликула;

- С. гистологического исследования соскоба эндометрия;
- Д. лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичников);
- Е. определения концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12—14-й день менструального цикла.

22. Олигодисменорея — это:

- А. редкие и скудные менструации;
- В. редкие и болезненные менструации;
- С. уменьшение кровопотери во время менструации;
- Д. межменструальные скудные кровянистые выделения;
- Е. ничего из перечисленного выше.

23. Меноррагия — это:

- А. ациклические маточные кровотечения;
- В. циклические маточные кровотечения;
- С. болезненные и обильные менструации;
- Д. пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- Е. уменьшение продолжительности менструального цикла.

24. Метроррагия это:

- А. изменение ритма менструации;
- В. увеличение кровопотери во время менструации;
- С. увеличение продолжительности менструации;
- Д. ациклические маточные кровотечения;
- Е. урежение менструаций.

25. Альгодисменорея может быть обусловлена всем перечисленным ниже, кроме:

- А. генитального инфантилизма;
- В. аномалий развития половых органов;
- С. дисплазии шейки матки;
- Д. генитального эндометриоза;
- Е. ретродевиации матки.

26. Для пубертатного периода характерны:

- А. «скачок» роста;
- В. появление первой менструации;
- С. появление лобкового и аксиллярного оволосения;
- Д. увеличение молочных желез;
- Е. все перечисленное выше.

27. Причиной преждевременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

- А. опухоли головного мозга;
- В. фолликулярной кисты яичника;
- С. адреногениального синдрома;
- Д. дисгенезии гонад;
- Е. гранулезоклеточной опухоли яичников.

28. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

- А. гормональный гемостаз;
- В. наблюдение;
- С. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- Д. исключение локальной «органической» причины кровотечения;
- Е. хирургический гемостаз.

29. Наиболее частым механизмом развития дисфункциональных маточных кровоте-

чений в ювенильном периоде является:

- А. гиполютеинизм;
- В. персистенция фолликулов;
- С. атрезия фолликулов;
- Д. гиперпролактинемия;
- Е. нарушения в свертывающей системе крови.

30. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

- А. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;
- В. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- С. использование андрогенов;
- Д. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;
- Е. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шейного канала.

31. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Кломифена»;
- В. «Хумегона»;
- С. «Премарина»;
- Д. «Профази»;
- Е. «Клостилбегита».

32. Механизм контрацептивного действия подкожных имплантатов (норпланта) основан на:

- А. подавлении овуляции;
- В. уменьшении количества и повышении вязкости шейной слизи;
- С. способности вызывать преждевременный лютеолиз;
- Д. все перечисленное выше верно;
- Е. все ответы ошибочны.

33. В состав инъекционных контрацептивов входят:

- А. прогестагены пролонгированного действия;
- В. конъюгированные эстрогены;
- С. микродозы прогестагенов;
- Д. антиандрогены;
- Е. антигонадотропины.

34. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

- А. «Фемоден»;
- В. «Нон-овлон»;
- С. «Марвелон»;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ни один из перечисленных выше.

35. Сцелью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препаратов начинают:

- А. в период овуляции;
- В. накануне менструации;
- С. с 1-го дня менструального цикла;
- Д. независимо от дня менструального цикла;
- Е. все ответы ошибочны.

36. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- А. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;

- В. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;
- С. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;
- Д. больных с артериальной гипертензией;
- Е. больных с альгоменореей.

37. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

- А. нарушении функции печени; В. эпилепсии;
- С. тромбофлебитическом синдроме;
- Д. ожирении III—IV степени;
- Е. всех перечисленных выше заболеваний.

38. Укажите препараты, обладающие антиэстрогенной активностью.

- А. «Кломифен».
- В. «Фарестон».
- С. «Тамоксифен».
- Д. Все перечисленные выше.
- Е. Ни один из перечисленных выше.

39. Ложная аменорея может быть обусловлена:

- А. атрезией канала шейки матки;
- В. аплазией тела матки;
- С. дисгенезией гонад;
- Д. всеми перечисленными выше заболеваниями;
- Е. ни одним из перечисленных выше заболеваний.

40. Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний, кроме:

- А. гипотиреоза;
- В. нейрогенной анорексии;
- С. синдрома тестикулярной феминизации;
- Д. атрезии девственной плевы;
- Е. микро- и макроаденомы гипофиза.

41. Физиологическая аменорея характерна для:

- А. периода детства;
- В. постменопаузы;
- С. периода лактации;
- Д. беременности;
- Е. все ответы верны.

42. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменореи?

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- В. Обследование по тестам функциональной диагностики.
- С. Краниографию.
- Д. Функциональные гормональные пробы.
- Е. Все перечисленные выше.

43. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами?

- А. Гипоталамической.
- В. Гипофизарной.
- С. Яичниковой.
- Д. Маточной.
- Е. Любой из перечисленных выше.

44. Назовите наиболее характерные клинические проявления постменопаузального

остеопороза:

- А. боли в пояснично-крестцовом и грудном отделах позвоночника;
- В. уменьшение роста, изменение осанки;
- С. уменьшение массы тела;
- Д. прогрессирующее ограничение двигательной функции позвоночника;
- Е. все перечисленные выше.

45. Укажите наиболее эффективный метод ранней диагностики постменопаузального остеопороза:

- А. рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- В. моно- и бифотонная абсорбциометрия;
- С. компьютерная томография;
- Д. рентгенография кисти;
- Е. определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови.

46. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является:

- А. диетотерапия;
- В. физиотерапия и ЛФК;
- С. гормонотерапия;
- Д. витаминотерапия;
- Е. назначение препаратов — ингибиторов остеокласт-опосредованной костной резорбции.

47. Для лечения атрофического кольпита применяют:

- А. «Фарматекс»;
- В. «Полижинакс»;
- С. «Ваготил»;
- Д. «Овестин»;
- Е. все перечисленные выше препараты.

48. Для заместительной гормональной терапии в климактерическом периоде используют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Климена»;
- В. «Ливиала»;
- С. «Даназола»;
- Д. конъюгированных эстрогенов в сочетании с медроксипрогестерона ацетатом;
- Е. «Клиогеста».

49. При синдроме поликистозных яичников наблюдаются все перечисленные ниже симптомы, кроме:

- А. гипоплазии матки;
- В. двустороннего увеличения яичников;
- С. гипертрихоза;
- Д. уменьшения костной массы;
- Е. первичного бесплодия.

50. К синтетическим аналогам прогестерона (прогестагенам) относятся все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Дюфастона»;
- В. «Неместрана» («Гестринона»);
- С. «Овестина»;
- Д. «Оргаметрила»;
- Е. «Норколута».

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	D	21	E	41	E
2	D	22	A	42	E
3	E	23	B	43	D
4	D	24	D	44	E
5	A	25	C	45	B
6	B	26	E	46	C
7	E	27	D	47	D
8	D	28	D	48	C
9	D	29	C	49	D
10	E	30	E	50	C
11	D	31	C		
12	C	32	D		
13	D	33	A		
14	B	34	D		
15	D	35	C		
16	C	36	D		
17	C	37	E		
18	E	38	D		
19	B	39	A		
20	C	40	D		

I. ВОПРОСЫ С ОДНИМ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ОТВЕТОМ

За вопросом (утверждением) следует пять ответов (утверждений). Выберите один наиболее правильный ответ.

1. В процессе эмбриогенеза из парамезонефрических (мюллеровых) протоков развиваются:

- A. маточная труба;
- B. матка;
- C. верхняя треть влагалища;
- D. все перечисленное выше;
- E. ничего из перечисленного выше.

2. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:

- A. 1-й неделе гестации;
- B. 14-й неделе гестации;
- C. 30-й неделе гестации;
- D. 7-й неделе гестации;
- E. в раннем неонатальном периоде.

3. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:

- A. маточные трубы;
- B. строму яичников;
- C. тело матки;
- D. круглые связки матки;
- E. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарных образований.

4. Из урогенитального синуса развиваются:

- A. нижние $2/5$ влагалища;

- В. девственная плева;
- С. преддверие влагалища;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

5. Лимфоотток от тела матки и маточных труб осуществляется в:

- А. поясничные и крестцовые лимфатические узлы;
- В. парааортальные лимфатические узлы;
- С. общие подвздошные лимфатические узлы;
- Д. паховые лимфатические узлы;
- Е. во внутренние подвздошные лимфатические узлы.

6. Иннервация матки и влагалища осуществляется:

- А. подчревными и пудендальными нервами;
- В. тазовыми и подчревными нервами;
- С. тазовыми нервами;
- Д. пудендальными и запирающими нервами;
- Е. запирающими нервами.

7. Кровоснабжение яичников осуществляется:

- А. маточной артерией;
- В. яичниковой артерией;
- С. подвздошно-поясничной артерией;
- Д. внутренней половой и яичниковой артериями;
- Е. маточной и яичниковой артериями.

8. Маточная артерия является ветвью:

- А. аорты;
- В. общей подвздошной артерии;
- С. наружной подвздошной артерии;
- Д. внутренней подвздошной артерии;
- Е. подвздошно-поясничной артерии.

9. Широкие связки матки включают:

- А. маточные трубы;
- В. кардинальные связки;
- С. маточные сосуды;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

10. Топографоанатомические особенности яичников:

- А. покрыты брюшиной;
- В. соединены со стенками таза собственными связками;
- С. являются производными парамезонефрического протока;
- Д. все ответы верны;
- Е. все ответы ошибочны.

11. Продолжительность нормального менструального цикла:

- А. 28-29 дней;
- В. 28-40 дней;
- С. 3-7 дней;
- Д. 21-35 дней;
- Е. 14-28 дней.

12. Продолжительность нормальной менструации:

- A. 1—3 дня;
- B. 3—5 дней;
- C. 3-7 дней;
- D. 5 дней;
- E. 2-10 дней.

13. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:

- A. 200-250 мл;
- B. 100-150 мл;
- C. 20-30 мл;
- D. 50-70 мл;
- E. 150-200 мл.

14. Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

- A. «пикового» выброса лютеотропина;
- B. снижения уровня эстрогенов и прогестерона в крови;
- C. снижения уровня пролактина в крови;
- D. повышения уровня эстрадиола в крови;
- E. «пикового» выброса фоллитропина.

15. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

- A. правильный ритм менструации;
- B. время наступления первой менструации;
- C. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- D. овуляция;
- E. все перечисленное выше.

16. Какой из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла?

- A. Симптом зрачка.
- B. Кариопикнотический индекс.
- C. Базальная термометрия.
- D. Симптом «папоротника».
- E. Все перечисленное выше.

17. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

- A. эстрадиола;
- B. простагландинов;
- C. прогестерона; D-ЛГ;
- E. ФСГ.

18. «Пик» лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:

- A. значительного повышения уровня пролактина в крови;
- B. уменьшения выработки фоллитропина;
- C. уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона;
- D. снижения уровня эстрогенов и прогестерона;
- E. значительного повышения уровня эстрадиола.

19. Циклическая секреция лютеотропина и фоллитропина обуславливается:

- A. выбросом гонадотропин-релизинг-гормона один раз в 60—90 мин;
- B. механизмом отрицательной и положительной обратной связи со стероидогенезом в яичниках;
- C. периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной жидкости;
- D. периодическим выбросом нейротрансмиттеров;
- E. изменением кровотока в портальной системе гипофиза.

20. Синтез гонадолиберина осуществляется в:

- А. передней доле гипофиза;
- В. задней доле гипофиза;
- С. ядрах гипоталамуса;
- Д. нейронах коры большого мозга;
- Е. в нейронах мозжечка.

21. О наличии овуляции можно судить по результатам всех перечисленных ниже исследований, кроме:

- А. анализа графика базальной температуры;
- В. ультразвукового мониторинга развития доминантного фолликула;
- С. гистологического исследования соскоба эндометрия;
- Д. лапароскопии (обнаружение стигм на поверхности яичников);
- Е. определения концентрации половых стероидных гормонов в крови на 12—14-й день менструального цикла.

22. Олигодисменорея — это:

- А. редкие и скудные менструации;
- В. редкие и болезненные менструации;
- С. уменьшение кровопотери во время менструации;
- Д. межменструальные скудные кровянистые выделения;
- Е. ничего из перечисленного выше.

23. Меноррагия — это:

- А. ациклические маточные кровотечения;
- В. циклические маточные кровотечения;
- С. болезненные и обильные менструации;
- Д. пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- Е. уменьшение продолжительности менструального цикла.

24. Метроррагия это:

- А. изменение ритма менструации;
- В. увеличение кровопотери во время менструации;
- С. увеличение продолжительности менструации;
- Д. ациклические маточные кровотечения;
- Е. урежение менструаций.

25. Агидисменорея может быть обусловлена всем перечисленным ниже, кроме:

- А. генитального инфантилизма;
- В. аномалий развития половых органов;
- С. дисплазии шейки матки;
- Д. генитального эндометриоза;
- Е. ретродевиации матки.

26. Для пубертатного периода характерны:

- А. «скачок» роста;
- В. появление первой менструации;
- С. появление лобкового и аксиллярного оволосения;
- Д. увеличение молочных желез;
- Е. все перечисленное выше.

27. Причиной преждевременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

- А. опухоли головного мозга;
- В. фолликулярной кисты яичника;
- С. адреногениального синдрома;
- Д. дисгенезии гонад;

Е. гранулезоклеточной опухоли яичников.

28. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

- А. гормональный гемостаз;
- В. наблюдение;
- С. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- Д. исключение локальной «органической» причины кровотечения;
- Е. хирургический гемостаз.

29. Наиболее частым механизмом развития дисфункциональных маточных кровотечений в ювенильном периоде является:

- А. гиполютеинизм;
- В. персистенция фолликулов;
- С. атрезия фолликулов;
- Д. гиперпролактинемия;
- Е. нарушения в свертывающей системе крови.

30. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

- А. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;
- В. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- С. использование андрогенов;
- Д. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;
- Е. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала.

31. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Кломифена»;
- В. «Хумегона»;
- С. «Премарина»;
- Д. «Профазин»;
- Е. «Клостилбегита».

32. Механизм контрацептивного действия подкожных имплантатов (норпланта) основан на:

- А. подавлении овуляции;
- В. уменьшении количества и повышении вязкости цервикальной слизи;
- С. способности вызывать преждевременный лютеолиз;
- Д. все перечисленное выше верно;
- Е. все ответы ошибочны.

33. В состав инъекционных контрацептивов входят:

- А. прогестагены пролонгированного действия;
- В. конъюгированные эстрогены;
- С. микродозы прогестагенов;
- Д. антиандрогены;
- Е. антигонадотропины.

34. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят:

- А. «Фемоден»;
- В. «Нон-овлон»;
- С. «Марвелон»;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ни один из перечисленных выше.

35. С целью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препара-

тов начинают:

- A. в период овуляции;
- B. накануне менструации;
- C. с 1-го дня менструального цикла;
- D. независимо от дня менструального цикла;
- E. все ответы ошибочны.

36. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- A. тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников;
- B. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;
- C. тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение;
- D. больных с артериальной гипертензией;
- E. больных с альгоменореей.

37. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

- A. нарушении функции печени; В.эпилепсии;
- C. тромбофлебитическом синдроме;
- D. ожирении III—IV степени;
- E. всех перечисленных выше заболеваниях.

38. Укажите препараты, обладающие антиэстрогенной активностью.

- A. «Кломифен».
- B. «Фарестон».
- C. «Тамоксифен».
- D. Все перечисленные выше.
- E. Ни один из перечисленных выше.

39. Ложная аменорея может быть обусловлена:

- A. атрезией канала шейки матки;
- B. аплазией тела матки;
- C. дисгенезией гонад;
- D. всеми перечисленными выше заболеваниями;
- E. ни одним из перечисленных выше заболеваний.

40. Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний, кроме:

- A. гипотиреоза;
- B. нейрогенной анорексии;
- C. синдрома тестикулярной феминизации;
- D. атрезии девственной плевы;
- E. микро- и макроаденомы гипофиза.

41. Физиологическая аменорея характерна для:

- A. периода детства;
- B. постменопаузы;
- C. периода лактации;
- D. беременности;
- E. все ответы верны.

42. Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменореи?

- A. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- B. Обследование по тестам функциональной диагностики.
- C. Краниографию.

- D. Функциональные гормональные пробы.
- E. Все перечисленные выше.

43. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами?

- A. Гипоталамической.
- B. Гипофизарной.
- C. Яичниковой.
- D. Маточной.
- E. Любой из перечисленных выше.

44. Назовите наиболее характерные клинические проявления постменопаузального остеопороза:

- A. боли в пояснично-крестцовом и грудном отделах позвоночника;
- B. уменьшение роста, изменение осанки;
- C. уменьшение массы тела;
- D. прогрессирующее ограничение двигательной функции позвоночника;
- E. все перечисленные выше.

45. Укажите наиболее эффективный метод ранней диагностики постменопаузального остеопороза:

- A. рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- B. моно- и бифотонная абсорбциометрия;
- C. компьютерная томография;
- D. рентгенография кисти;
- E. определение уровня кальция и паратиреоидного гормона в крови.

46. Наиболее эффективным методом лечения постменопаузального остеопороза является:

- A. диетотерапия;
- B. физиотерапия и ЛФК;
- C. гормонотерапия;
- D. витаминотерапия;
- E. назначение препаратов — ингибиторов остеокласт-опосредованной костной резорбции.

47. Для лечения атрофического кольпита применяют:

- A. «Фарматекс»;
- B. «Полижинакс»;
- C. «Ваготил»;
- D. «Овестин»;
- E. все перечисленные выше препараты.

48. Для заместительной гормональной терапии в климактерическом периоде используют все перечисленные ниже препараты, кроме:

- A. «Климена»;
- B. «Ливиала»;
- C. «Даназола»;
- D. конъюгированных эстрогенов в сочетании с медрокси-прогестерона ацетатом;
- E. «Клиогеста».

49. При синдроме поликистозных яичников наблюдаются все перечисленные ниже симптомы, кроме:

- A. гипоплазии матки;
- B. двустороннего увеличения яичников;
- C. гипертрихоза;
- D. уменьшения костной массы;

Е. первичного бесплодия.

50. К синтетическим аналогам прогестерона (прогестагенам) относятся все перечисленные ниже препараты, кроме:

- А. «Дюфастона»;
- В. «Неместрана» («Гестренона»);
- С. «Овестина»;
- Д. «Оргаметрила»
- Е. «Норколута».

51. Противопоказания к назначению прогестагенов:

- А. миома матки;
- В. кистозная мастопатия;
- С. альгодисменорея;
- Д. все перечисленные выше заболевания;
- Е. ни одно из перечисленных выше заболеваний.

52. Назовите возможные осложнения при приеме прогестагенов:

- А. аллергические реакции;
- В. межменструальные кровянистые выделения;
- С. тошнота, рвота;
- Д. увеличение массы тела;
- Е. все перечисленные выше осложнения.

53. К агонистам гонадотропин-релизинг-гормона относятся:

- А. «Неместран»;
- В. «Даназол»;
- С. «Золадекс»;
- Д. все перечисленные выше препараты;
- Е. ни один из перечисленных выше препаратов.

54. Укажите противопоказания к назначению агонистов гонадотропин-релизинг-гормона.

- А. эндометриоз яичников;
- В. миома матки;
- С. бесплодие эндокринного генеза;
- Д. рак молочной железы;
- Е. ничего из перечисленного выше.

55. Перечислите основные побочные эффекты агонистов гонадолиберина:

- А. «приливы»;
- В. депрессия;
- С. сухость слизистой оболочки влагалища;
- Д. ни один из перечисленных выше эффектов.
- Е. все перечисленные выше эффекты.

56. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:

- А. выявления гиперэстрогении;
- В. диагностики ановуляции;
- С. уточнения генеза гиперандрогении;
- Д. диагностики типичной формы дисгенезии гонад;
- Е. выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла.

57. Причиной патологических выделений из сосков молочных желез может быть все перечисленное ниже, кроме:

- А. микроаденомы гипофиза;

- В. гипотиреоза;
- С. длительного применения производных фенотиазина;
- Д. аденогенитального синдрома;
- Е. внутритротоковой папилломы молочной железы.

58. Ановуляторные циклические маточные кровотечения являются вариантом нормы в:

- А. пубертатном периоде;
- В. перименопаузальном периоде;
- С. в период лактации;
- Д. во всех перечисленных случаях;
- Е. такие кровотечения не могут быть отнесены к норме.

59. Наиболее частой причиной кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе является:

- А. рак шейки матки;
- В. рак эндометрия;
- С. подслизистая миома матки;
- Д. рак яичников;
- Е. эндометриальный полип.

60. Для лечения микотического кольпита применяют:

- А. «Полижинакс»;
- В. «Клотримазол»;
- С. «Пимафуцин»;
- Д. все перечисленные выше препараты;
- Е. ни один ответ не верен.

61. Для вирусной инфекции половых органов характерно все перечисленное ниже, кроме:

- А. высокой контагиозности;
- В. полового пути инфицирования;
- С. преимущественного поражения маточных труб;
- Д. рецидивирующего течения;
- Е. высокого онкогенного потенциала возбудителей.

62. Для лечения генитального герпеса применяют:

- А. «Далацин С»;
- В. «Полижинакс»;
- С. «Эпиген-интим»;
- Д. «Золадекс»;
- Е. все перечисленные выше препараты.

63. При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее часто локализуется в:

- А. легких;
- В. костях;
- С. моче выделительной системе;
- Д. лимфатических узлах;
- Е. на брюшине.

64. Какие отделы половой системы женщины наиболее часто поражаются при туберкулезе?

- А. Маточные трубы.
- В. Яичники.
- С. Матка.
- Д. Наружные половые органы.

Е. Влагалище.

65. В каком возрастном периоде наиболее часто выявляют туберкулез внутренних половых органов?

- А. В периоде детства.
- В. В пубертатном периоде.
- С. В репродуктивном периоде.
- Д. В пременопаузальном периоде.
- Е. С одинаковой частотой в любом из перечисленных выше периодов.

66. Основной клинический симптом туберкулезного поражения придатков матки?

- А. Хроническая тазовая боль.
- В. Аменорея.
- С. Менометроррагия.
- Д. Первичное бесплодие.
- Е. Вторичное бесплодие.

67. Какой из методов обследования наиболее информативен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?

- А. Кимографическая пертубация.
- В. Гистеросальпингография.
- С. Трансвагинальная эхография.
- Д. Лапароскопия с хромосальпингоскопией.
- Е. Биконтрастная пельвиография.

68. Для гонорейного сальпингита характерно все перечисленное ниже, кроме:

- А. дебюта заболевания в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла;
- В. двустороннего поражения придатков матки;
- С. быстрого эффекта от антибактериальных препаратов;
- Д. отсутствия активации острофазовых показателей крови;
- Е. многоочаговости поражения.

69. Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:

- А. лимфогенный;
- В. гематогенный;
- С. перинеуральный;
- Д. контактный;
- Е. интраканаликулярный.

70. Восходящая гонорея это поражение:

- А. канала шейки матки;
- В. маточных труб;
- С. парауретральных желез;
- Д. уретры;
- Е. всех перечисленных выше органов.

71. Для гонококков характерны следующие признаки:

- А. положительная окраска по Граму;
- В. расположение внутри клетки (в цитоплазме мононуклеаров);
- С. округлая форма;
- Д. тропность к многослойному плоскому эпителию;
- Е. все перечисленное выше.

72. Диагноз гонореи может быть установлен на основании:

- А. обнаружения в мазках отделяемого из половых путей микроорганизмов, расположенных парами, в форме диплококков;
- В. отрицательной окраски кокков по Граму;

- С. расположения бактерий внутри клетки;
- Д. обнаружения любого из перечисленных признаков;
- Е. при установлении диагноза необходимо сочетание всех перечисленных признаков.

73. Наиболее эффективный метод идентификации гонококка:

- А. серологический;
- В. культуральный;
- С. бактериоскопический;
- Д. иммунофлюоресцентный;
- Е. биологическая провокация с последующей бактериоскопией.

74. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

- А. переход в хроническую форму;
- В. генерализация инфекции с развитием местного или разлитого перитонита;
- С. абсцедирование;
- Д. формирование синдрома хронической тазовой боли;
- Е. все перечисленное выше.

75. Характерными клиническими проявлениями неспецифического вульвовагинита следует считать все, кроме:

- А. белей;
- В. зуда промежности и влагалища;
- С. диспареунии;
- Д. ациклических кровянистых выделений;
- Е. все указанные симптомы характерны для вульвовагинита.

76. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:

- А. зуд наружных половых органов и промежности;
- В. диспареуния;
- С. обильные бели с неприятным запахом;
- Д. дизурия;
- Е. тазовая боль.

77. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:

- А. обнаружение ключевых клеток;
- В. повышение pH влагалищного секрета;
- С. положительный аминотест белей;
- Д. все перечисленное выше;
- Е. ничего из перечисленного выше.

II. ВОПРОСЫ С ПОДБОРОМ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОТВЕТОВ (ВОПРОС - ОТВЕТ)

За перечнем пронумерованных ответов (фраз, пунктов) следует перечень ответов, обозначенных буквами. Для каждого вопроса необходимо подобрать один правильный ответ. Ответы могут быть использованы один раз, несколько раз или не использованы совсем.

Неправильные положения внутренних половых органов:

- 81. опущение матки;
- 82. неполное выпадение матки;
- 83. полное выпадение матки.
- А. дно матки находится на уровне плоскости входа в

малый таз;

- В. тело матки за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле;
- С. внутренний зев матки находится ниже интерспинальной линии, опущение стенок влагалища;
- Д. шейка матки элонгирована, определяется за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле;
- Е. внутренний зев матки располагается выше или на уровне интерспинальной линии, опущение стенок влагалища I степени.

Нормальные размеры матки:

- 85. у новорожденной девочки;
 - 86. у взрослой нерожавшей женщины;
 - 87. у рожавшей женщины;
 - 88. в постменопаузе.
- А. 8—9,5 см;
 - В. 2,5—3 см;
 - С. 7—8 см;
 - Д. 11-12 см;
 - Е. 4—5 см.

Основной путь метастазирования при:

- 90. саркоме матки;
 - 91. аденокарциноме эндометрия;
 - 92. раке яичников;
 - 93. раке шейки матки;
 - 94. хориокарциноме.
- А. лимфогенный;
 - В. гематогенный;
 - С. имплантационный;
 - Д. перинеуральный;
 - Е. контактный.

Новообразования придатков матки:

- 97. дермоидная киста;
 - 98. андробластома;
 - 99. гранулезоклеточная опухоль;
 - 100. дисгерминома;
 - 101. папиллярная цистаденома;
 - 102. опухоль Крукенберга;
 - 103. параовариальная киста.
- А. доброкачественная опухоль;
 - В. злокачественная опухоль;
 - С. и доброкачественная, и злокачественная опухоль;
 - Д. опухолевидный процесс;
 - Е. вторичная (метастатическая) опухоль.

Укажите наиболее характерные нарушения менструальной функции при следующих заболеваниях.

- 107. подслизистой миоме матки;
 - 108. синдроме поликистозных яичников;
 - 109. эндометриозе яичников;
 - 110. раке эндометрия;
 - 111. андробластома яичников.
- А. олигодисменорея;
 - В. альгодисменорея;

- С. меноррагия;
- Д. метроррагия;
- Е. аменорея.

В вопросах 175—184 укажите основные дифференциально диагностические признаки перечисленных заболеваний:

108. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта;

109. острого воспаления придатков матки;

110. острого аппендицита;

111. неполного маточного аборта;

112. апоплексии яичника.

А. задержка менструации, схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, отрицательные симптомы раздражения брюшины;

В. менструальная функция не нарушена, боли из эпигастральной области перемещаются на правую подвздошную область, тошнота, рвота, субфебрилитет, положительные симптомы раздражения брюшины в гипогастральной области;

С. задержка менструации, приступообразные боли внизу живота, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей, слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга в гипогастральной области;

Д. менструальная функция чаще не нарушена, постоянные боли внизу живота, субфебрилитет или фебрильная температура тела, слабо положительный или отрицательный симптом Щеткина—Блюмберга;

Е. межменструальные кровянистые выделения, острые боли внизу живота, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

117. типичной формы дисгенезии гонад (синдрома Шерешевского—Тернера);

118. синдрома тестикулярной феминизации;

119. адреногенитального синдрома;

120. первичных поликистозных яичников (синдрома Штейна—Левентала);

121. вирилизирующей опухоли яичников.

А. кариотип 46XY, женский морфотип, аплазия гонад, слепо заканчивающееся влагалище, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;

В. кариотип 45X, женский морфотип, низкорослость, гипоплазия наружных и внутренних половых органов, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;

С. кариотип 46XX, женский морфотип, вторичная аменорея, прогрессирующая атрофия молочных желез, увеличение клитора, нарастающий гипертрихоз, значительное повышение содержания тестостерона в крови, отрицательная дексаметазоновая проба;

Д. кариотип 46XX, вирильные черты морфотипа, гипоменструальный синдром, низкий рост, гипертрихоз, гипоплазия молочных желез, повышение уровня 17-кетостероидов в моче, положительная дексаметазоновая проба;

Е. кариотип 46XX, женский морфотип, гипоменструальный синдром, гипертрихоз, избыточная масса тела, гипоплазия матки, двустороннее увеличение яичников, умеренное повышение уровня 17-кетостероидов в моче, слабо положительная дексаметазоновая проба.

Наиболее характерная рентгенологическая картина:

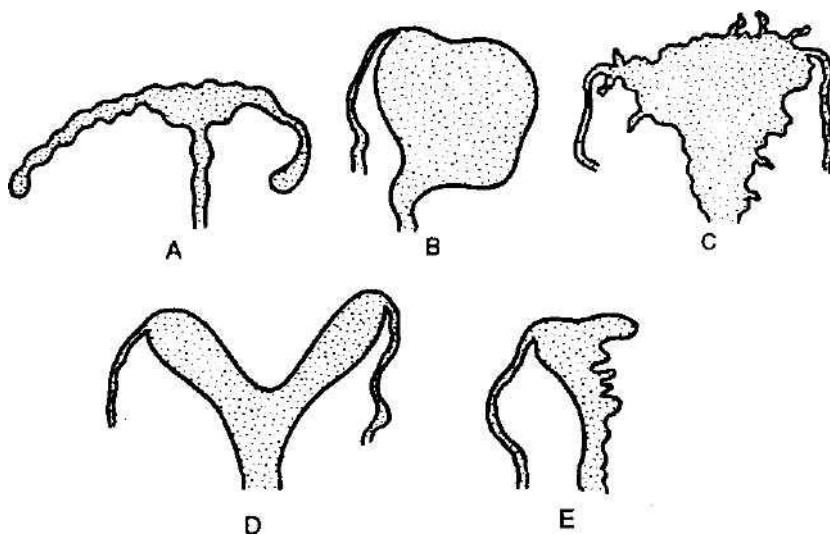
114. подслизистая миома матки;

115. аденомиоз;

116. генитальный туберкулез;

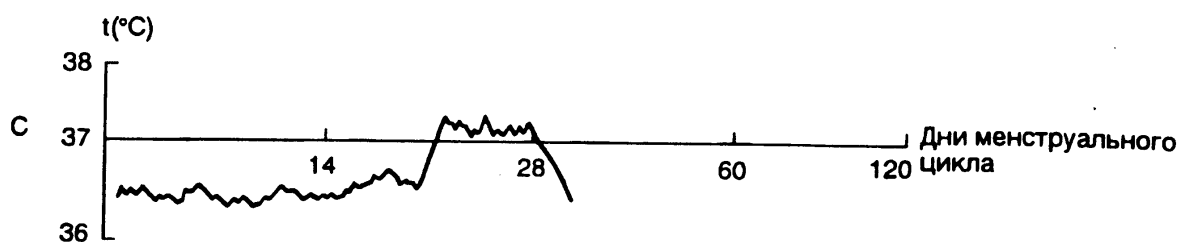
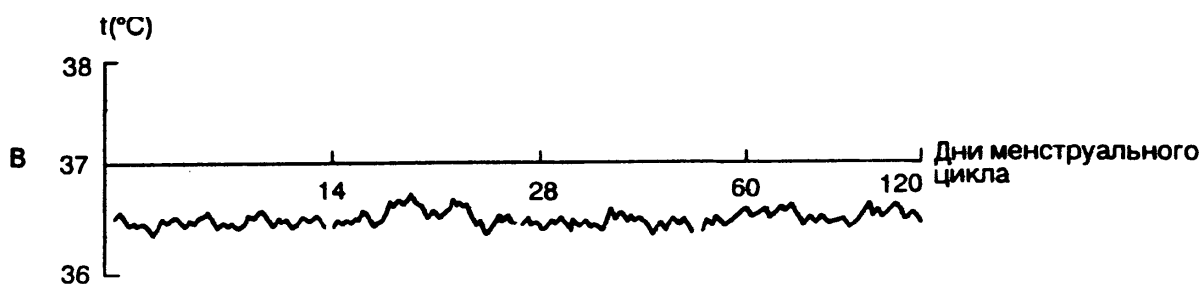
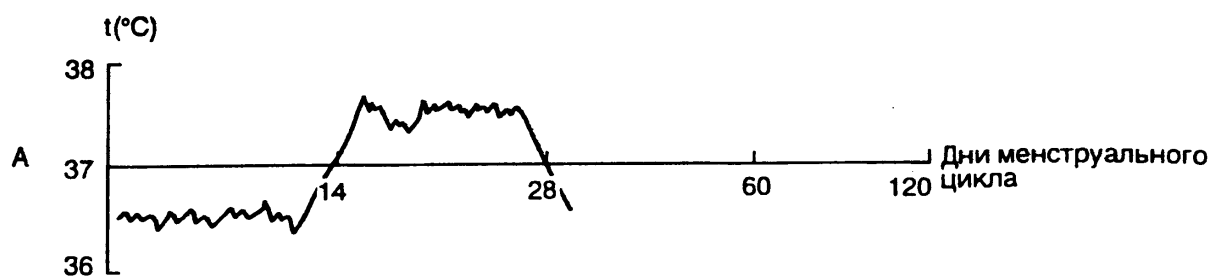
рак эндометрия;

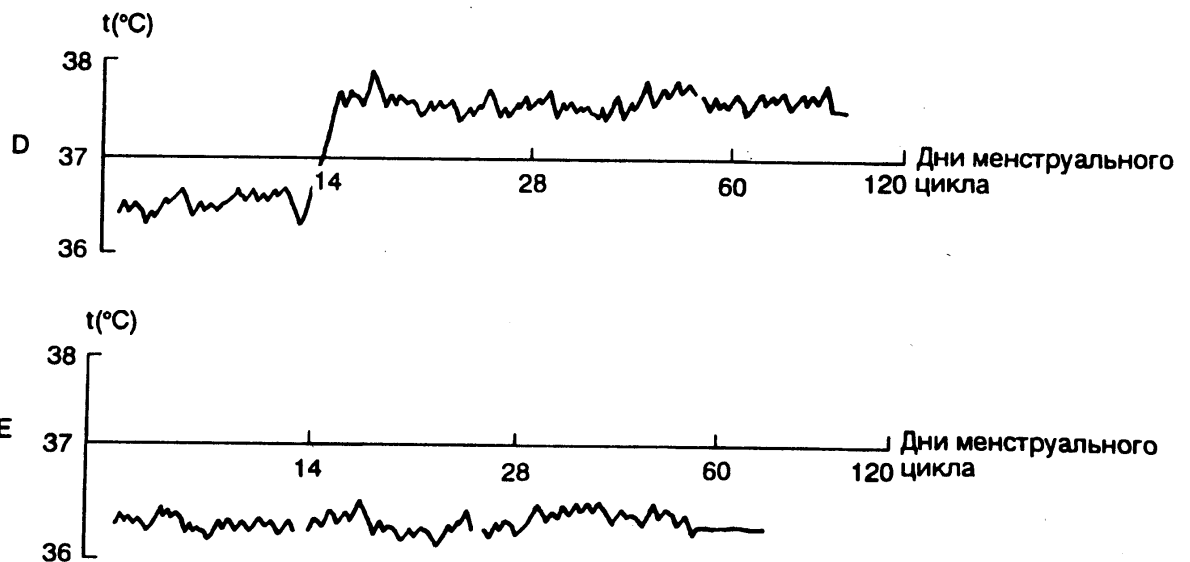
117. аномалия развития матки.



Какие особенности кривой базальной температуры указывают на наличие следующих состояний?

- 125. Гиполютеинизма.
- 126. Персистенции фолликула.
- 127. Атрофии фолликулов.
- 128. Беременности.





Опишите особенности кольпоскопической картины перечисленных ниже заболеваний:

196. истинной эрозии;

125. псевдоэрозии (эктопии);

126. эктропиона;

127. лейкоплакии;

128. основы лейкоплакии.

А. белесые, четко отграниченные участки на фоне неизмененного эпителия влагалищной части шейки матки, йоднегативные в пробе Шиллера;

В. йоднегативный дефект эпителия влагалищной части шейки матки;

С. белесые, четко отграниченные участки с мелкими темно-красными точками, йоднегативные в пробе Шиллера;

Д. рубцовая деформация влагалищной части шейки матки, посттравматический выворот слизистой оболочки канала шейки матки;

Е. участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием, плохо окрашивающийся йодом.

Определите степень чистоты влагалищного содержимого.

133. I;

134. II;

135. III;

136. IV.

А. 30—40 лейкоцитов в поле зрения, единичные палочки молочнокислого брожения, определяются грамотрицательные и грамположительные условно-патогенные микроорганизмы;

В. определяются только палочки Додерлейна;

С. все поле зрения покрыто палочками Додерлейна, трихомонадами, видны единичные лейкоциты;

Д. определяются палочки Додерлейна, единичные лейкоциты и небольшое количество грамположительных и грамотрицательных бактерий;

Е. влагалищные палочки отсутствуют, все поле зрения покрыто лейкоцитами, грамположительными и грамотрицательными бактериями, расположенными вне- и внутриклеточно.

III. ВОПРОСЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОТВЕТАМИ

Для каждого вопроса (утверждения) один или несколько ответов являются правиль-

ными. Для выбора ответов к вопросам используйте приведенную ниже схему:

A — верны ответы 1,2,3.

B — верны ответы 1,3.

C — верны ответы 2,4.

D — верен ответ 4.

E — верны все ответы.

129. Укажите основные биологические свойства эстрогенов:

1. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах;
2. усиливают синтез остеобластов
3. оказывают антиатеросклеротическое действие;
4. уменьшают свертываемость крови.

130. Перечислите основные биологические свойства прогестерона:

1. вызывает секреторную трансформацию эндометрия;
2. оказывает натрийдиуретическое действие;
3. уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб;
4. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.

131. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма?

1. Симптом «зрачка».
2. Кариопикнотический индекс.
3. Симптом кристаллизации слюнной слизи (симптом «папоротника»).
4. Базальная температура.

132. Предшественниками эстрогенов в яичниках являются:

1. простагландины F2 и E2;
2. андрогены;
3. ингибин;
4. прогестерон.

133. Тканями-мишенями для половых стероидных гормонов являются:

1. слизистая оболочка влагалища;
2. железистые структуры молочных желез;
3. эндометрий;
4. фолликулы кожи.

134. Под женским типом роста волос подразумевают:

1. дугообразную форму линии роста волос на лбу;
2. рост стержневых волос на крестце;
3. горизонтальную линию роста волос над лобком;
4. рост волос по средней линии живота.

135. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается:

1. секреторная трансформация эндометрия;
2. повышение секреции аденогипофизом фоллитропина;
3. регресс желтого тела;
4. рост и созревание фолликула.

136. В лютеиновую фазу менструального цикла происходит:

1. образование желтого тела;
2. набухание долек молочных желез;
3. секреторная трансформация эндометрия;
4. снижение секреции пролактина;

137. Основными стероидпредуцирующим и тканями яичников являются:

1. гранулеза;
2. белочная оболочка;
3. текальная оболочка;
4. поверхностный эпителий.

138. Назовите симптомы, свидетельствующие о задержке полового развития:

1. отсутствие менструаций в возрасте 15—16 лет;
2. низкорослость;
3. отсутствие увеличения молочных желез в 12—13 лет;
4. дефицит массы тела.

139. Какие изменения в организме девочки предшествуют первой менструации:

1. «скачок» роста;
2. увеличение молочных желез;
3. начало роста волос на лобке и в подмышечных впадинах;
4. увеличение массы надпочечников.

140. В патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений основное значение имеют:

1. нарушение цирхорального ритма выделения релизинг-фактора гонадотропных гормонов;
2. нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов;
3. нарушение процессов роста и созревания фолликулов в яичниках;
4. отсутствие овуляции.

141. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу персистенции фолликула характерно:

1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
2. монофазная базальная температура;
3. задержка менструации до 3 мес. и более;
4. гиперплазия эндометрия.

142. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характерно:

1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
2. монофазная базальная температура;
3. слабо выраженный симптом «зрачка»;
4. гиперплазия эндометрия.

143. Основными методами остановки дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном периоде являются:

1. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
2. применение антигонадотропинов;
3. использование больших доз эстрогенов;
4. выскабливание слизистой оболочки тела матки.

144. Укажите механизм действия эстрогенов при проведении гормонального гемостаза:

1. активная пролиферация эндометрия;
2. повышение тонуса миометрия;
3. блокада фоллитропина и нормализация соотношения лютеотропин/фоллитропин;
4. отторжение (десквамация) эндометрия.

145. Под воздействием 17-оксипрогестерона капроната происходит:

1. снижение митотической активности железистого эпителия;
2. секреторная трансформация эндометрия;
3. повышение дифференцировки атипического эндометрия;
4. стимуляция образования и выделения гонадотропных гормонов.

249. Гормональный гемостаз неэффективен при маточных кровотечениях, обусловленных:

1. длительной персистенцией фолликула;
2. задержкой остатков плодного яйца в полости матки;
3. атрезией фолликулов;
4. миомой матки с подслизистым расположением узла.

146. Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими ановуляторными маточными кровотечениями:

1. железисто-кистозная гиперплазия;
2. атипическая гиперплазия;
3. эндометриальный полип;
4. аденокарцинома.

147. Для профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде применяют:

1. препараты, стимулирующие овуляцию;
2. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
3. «чистые» гестагены;
4. циклическую гормональную терапию.

148. С целью регуляции менструального цикла у девочек пубертатного периода используют:

1. циклическую витаминотерапию;
2. преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию;
3. циклическую гормональную терапию;
4. комбинированные эстроген-гестагенные препараты.

149. Для циклической витаминотерапии применяют:

1. фолиевую кислоту с 1-го по 16-й день менструального цикла;
2. токоферола ацетат с 16-го по 28-й день менструального цикла;
3. аскорбиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла;
4. никотиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла.

150. Для циклической гормональной терапии используют:

1. трехфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
2. естественные и синтетические эстрогены с 5-го по 16-й день менструального цикла;
3. двухфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
4. «чистые» гестагены с 16-го по 25-й день менструального цикла.

151. Морфологические признаки первичных поликистозных яичников:

1. утолщение и склероз белочной оболочки яичников;
2. кистозная атрезия фолликулов;
3. гиперплазия стромы яичников;
4. гиперплазия тека-клеток кистозно-атрезирующихся фолликулов.

152. Для болезни поликистозных яичников характерны:

1. гипоплазия матки;
2. первичное бесплодие;
3. двустороннее увеличение яичников;
4. высокая частота гиперпластических процессов в эндометрии.

153. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:

1. врожденная паховая грыжа;
2. первичная аменорея;
3. отсутствие аксиллярного и лобкового оволосения;
4. наличие неполноценных тестикул, расположенных в брюшной полости, паховых каналах или в толще больших половых губ.

154. Укажите возможные причины первичной аменореи:

1. генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;
2. генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;
3. нарушение функции гипоталамических структур под влиянием тяжелых инфекций, перенесенных в детском возрасте;
4. ожирение.

155. Вторичная аменорея может быть следствием:

1. психогенного стресса;
2. массивной кровопотери в родах;
3. выраженного дефицита массы тела;
4. туберкулеза половых органов.

156. Назовите дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить генез первичной аменореи:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. определение полового хроматина и кариотипа;
3. гормональные функциональные пробы;
4. лапароскопия с прицельной биопсией гонад.

157. Для уточнения генеза вторичной аменореи необходимо про извести:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. рентгенографию черепа в двух проекциях;
3. лапароскопию с прицельной биопсией гонад;
4. определение уровня гонадотропинов и половых стероидных гормонов в крови.

158. Положительная проба с прогестероном означает:

1. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма;
2. отсутствие маточной формы аменореи;
3. недостаточную продукцию прогестерона в организме;
4. центральный генез аменореи.

159. Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе:

1. проба с люлиберином;
2. проба с кломифеном;
3. проба с гонадотропинами;
4. большая дексаметазоновая проба.

160. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:

1. быстрое увеличение массы тела;
2. транзиторная гипертензия;
3. нарушение менструальной и детородной функций;
4. умеренная гиперандрогения.

161. Характерные проявления предменструального синдрома:

1. депрессия;
2. нагрубание и болезненность молочных желез;
3. цефалгия;
4. метеоризм.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Больная 55 лет обратилась к гинекологу с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднение мочеиспускания. В анамнезе одни роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности II степени. Соматический анамнез неотягощен. Постменопауза 4 года. Гинекологический статус: имеется расхождение ножек мышц, поднимающих задний про ход; при натуживании за пределами вульварного кольца определяются тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки; передняя и задняя стенки влагалища опущены.

162. Ваш диагноз?

- A. Выворот матки.
- B. Неполное выпадение матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки.
- C. Полное выпадение матки, несостоятельность мышц тазового дна, элонгация шейки матки, цисто- и ректоцеле.
- D. Опущение стенок влагалища, несостоятельность мышц тазового дна.
- E. Элонгация шейки матки, цисто- и ректоцеле.

163. Какие осложнения возможны при данном заболевании.

- A. Образование некротической язвы на шейке матки.
- B. Гидроуретеронефроз.
- C. Восходящая инфекция мочевыводящих путей.
- D. Ущемление матки.
- E. Все перечисленные выше.

164. Какова тактика лечения больной?

- A. Постоянное ношение бандажа, лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц тазового дна.
- B. Использование пессария (маточного кольца).
- C. Чревосечение, экстирпация матки с придатками.
- D. Влагалищная экстирпация матки, передняя и задняя кольпоррафия, леваторопластика.
- E. Ампутация шейки матки, кольпоперинеоррафия.

Задача № 2.

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Пост менопауза 1,5 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании; матка небольших размеров, смещена вправо; слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10—12 см.

165. Предварительный диагноз?

- A. Генитальный эндометриоз.
- B. Киста левого яичника.
- C. Тубоовариальный абсцесс.
- D. Субсерозная миома матки.
- E. Рак яичников.

166. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища с цитологическим исследованием аспирата.
- В. Определение опухолевых маркеров в крови.
- С. Трансвагинальную эхографию.
- Д. Ирригоскопию.
- Е. Все перечисленные выше.

167. Какова тактика лечения больной?

- А. Комбинированная антибактериальная и инфузионная терапия.
- В. Удаление правых придатков матки с помощью лапароскопа с последующей гормональной терапией.
- С. Чревосечение, надвлагалищная ампутиация матки с придатками.
- Д. Полихимиотерапия в сочетании с лучевой терапией.
- Е. Чревосечение, пангистерэктомия, резекция сальника, послеоперационная полихимиотерапия.

Задача № 3.

Больная 39 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Пульс 88 в 1 мин, температура тела 37 °С. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х6 см тугоэластической консистенции, рез ко болезненное при смещении; слева придатки не определяются; своды свободны; выделения слизистые.

168. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Кишечная непроходимость.
- В. Почечная колика.
- С. Апоплексия яичника.
- Д. Перекрут ножки опухоли яичника.
- Е. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа.

169. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию.
- В. Экскреторную урографию.
- С. Трансвагинальную эхографию.
- Д. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- Е. Все перечисленные выше.

170. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- А. Холод на живот, антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.
- В. Экстренное чревосечение, удаление правых придатков матки.
- С. Экстренное чревосечение, резекция правого яичника.
- Д. Чревосечение в плановом порядке в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.
- Е. Пункция патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующим цитологическим исследованием аспирата.

Задача № 4.

Больной 54 лет произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследова-

нии биоптата картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5 мм.

171. Определите стадию заболевания.

- A. 0.
- B. IA
- C. IB.
- D. II.
- E. III.

172. Каков первый этап лимфогенного метастазирования при раке шейки матки?

- A. Наружные и внутренние подвздошные и запирающие лимфатические узлы.
- B. Общие подвздошные лимфатические узлы.
- C. Поясничные лимфатические узлы.
- D. Парааортальные лимфатические узлы.
- E. Верхние и нижние ягодичные и латеральные крестцовые лимфатические узлы.

173. Определите объем и тактику лечения больной.

- A. Электрокоагуляция шейки матки с последующей дистанционной лучевой терапией.
- B. Операция Вертгейма с последующей гормональной терапией.
- C. Экстирпация матки без придатков с последующей полихимиотерапией.
- D. Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией.
- E. Симптоматическое лечение.

Задача № 5.

Во время аборта произведена перфорация матки кюреткой.

174. Ваша тактика?

- A. Наблюдение, холод на живот, антибактериальная и утеротоническая терапия.
- B. Удаление остатков плодного яйца под контролем гистероскопии, в дальнейшем антибактериальная и утеротоническая терапия.
- C. Экстренное чревосечение, ушивание перфорационного отверстия, ревизия органов брюшной полости.
- D. Чревосечение в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии, нарастания признаков внутрибрюшного кровотечения.
- E. Лапароскопия для исключения внутри брюшного кровотечения.

Задача № 6.

Больная 27 лет с первичным бесплодием поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки.

175. Каков оптимальный объем операции в данном случае?

- A. Гистерэктомия.
- B. Дефундация матки.
- C. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
- D. Консервативная миомэктомия.
- E. Надвлагалищная ампутация матки, биопсия яичников.

Задача № 7.

Больная 43 лет поступила в гинекологический стационар для хирургического лечения по поводу подслизистой миомы матки. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована изменены; выделения слизистые.

176. Оптимальный объем операции?

- А. экстирпация матки без придатков,
- Б. миомэктомия.
- В. ампутация матки без придатков.
- Г. дефундация матки.

177. Какой фактор влияет на выбор объема операции?

- А. Размеры миоматозного узла.
- В. Железодефицитная анемия.
- Д. Состояние шейки матки.
- Е. Размеры тела матки.

Задача № 8.

беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

178. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Дисфункциональное маточное кровотечение.
- В. Нарушенная внематочная беременность.
- С. Воспаление придатков матки.
- Д. Миома матки.
- Е. Неполный аборт.

179. Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?

- А. Экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионно-трансфузионная терапия.
- В. Гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия.
- С. Экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия.
- Д. Раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопа, гемотрансфузия.
- Е. Инструментальное удаление остатков плодного яйца, инфузионная и утеротоническая терапия.

Задача № 9.

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном исследовании; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» (+ +); матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие.

180. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Внутренний эндометриоз тела матки.
- В. Внематочная беременность.
- С. Подслизистая миома матки.
- Д. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
- Е. Рак тела матки.

181. Наиболее рациональная тактика врача женской консультации?

- А. Произвести цитологическое исследование аспирата полости матки, направить больную к онкологу.
- В. Поставить больную на диспансерный учет, назначить кровоостанавливающие и утеротонические средства.

- С. Направить больную на ультразвуковое исследование органов таза; в случае отсутствия патологических изменений провести гормональный гемостаз.
- Д. Направить больную в гинекологический стационар.
- Е. Провести гормональный гемостаз под наблюдением врача женской консультации, в случае отсутствия эффекта — плановая госпитализация.

Задача № 10.

Больной 23 лет произведена гистеросальпингография по поводу первичного бесплодия. На рентгенограмме: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с булавовидными расширениями в ампулярных отделах; выхода контрастного вещества в брюшную полость не наблюдается.

182. Для какого заболевания наиболее характерны подобные изменения?

- А. Хронический сальпингит хламидийной этиологии.
- В. Аденомиоз и эндометриоз маточных труб.
- С. Рак маточных труб.
- Д. Туберкулез половых органов.
- Е. Все перечисленное выше.

Задача № 11.

Больная 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 °С. Менструальная функция не нарушена. 12-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 12 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, ленилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК; в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 12—14—18 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный; выделения из половых путей гнойные.

183. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Эндометрит на фоне применения ВМК; нагноение кисты яичника.
- В. Эндометрит на фоне применения ВМК, острый двусторонний сальпингит; пельвиоперитонит.
- С. Эндометрит на фоне применения ВМК; перфорация tuboовариального абсцесса; разлитой перитонит.
- Д. Миома матки с некрозом одного из узлов; острый гнойный сальпингит; разлитой перитонит.
- Е. Рак яичников IV стадии.

184. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

- А. Удаление ВМК с последующей комбинированной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапией в течение 7 дней. В случае отсутствия эффекта — чревосечение по Пфанненштилю, двусторонняя аднексэктомия.
- В. Дренирование патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующей антибактериальной и инфузионной терапией.
- С. Лечебно-диагностическая лапароскопия; санация и дренирование брюшной полости.

- D. Экстренное чревосечение; нижнесрединная лапаротомия; пангистерэктомия; дренирование брюшной полости.
- E. Экстренная лапаротомия; чревосечение по Джозу— Кохену; надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами; оментэктомия.

185. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде?

- A. Воздействие на патогенную микрофлору с использованием антибактериальных, антисептических и физических средств.
- B. Борьба с эндогенной интоксикацией.
- C. Восстановление нарушенных функций различных органов и систем.
- D. Профилактика хирургических осложнений.
- E. Все перечисленное выше.

Задача № 12.

Больная 18 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется ритм-методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. Объективно состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизистогнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены гонококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

186. Ваш диагноз?

- A. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.
- B. Свежая острая восходящая гонорея.
- C. Подострая восходящая гонорея.
- D. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.
- E. Торпидная гонорея.

окончания курса лечения и проведения комплексной провокации. E. Все перечисленное выше верно.

187. Назовите методы провокации гонореи.

- A. Массаж уретры.
- B. Внутримышечное введение гоновакцины в количестве 500 млн микробных тел.
- C. Обработка шейки матки и уретры 0,5 % раствором нитрата серебра.
- D. Применение тепловых преформированных и естественных физических факторов.
- E. Все перечисленное выше верно.

188. Тактика врача женской консультации.

- A. Провести амбулаторно курс антибактериальной терапии.
- B. Направить больную в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения.
- C. Госпитализировать больную в гинекологический стационар для обследования и лечения.
- D. Рекомендовать плановую госпитализацию в гинекологический стационар после получения результатов лабораторного обследования (общий анализ крови, мочи, постановка реакции Вассермана, исследование крови на наличие антител к ВИЧ), консультации венеролога, уролога.
- E. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

189. Каковы критерии излеченности гонорей?

- А. Отсутствие жалоб.
- В. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибактериальной терапии.
- С. Отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов.
- Д. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации в течение 3 менструальных циклов после

Задача № 13.

Больная 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, общее недомогание. Менструации с 17 лет, не регулярные, с задержками до 20—25 дней, скудные. Половая жизнь с 20 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит. При осмотре: больная правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, температура тела 37 °С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. При влагалищном исследовании: матка уменьшена в размере, ограниченно подвижная, безболезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции не правильной формы размером 5 х 6 и 7 х 5 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

190. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Опухоль Крукенберга.
- В. Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна— Левенталя).
- С. Наружный генитальный эндометриоз.
- Д. Туберкулез половых органов.
- Е. Генитальный хламидиоз.

191. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

- А. Эндоцервикальное введение туберкулина в дозе 20—50 ТЕ.
- В. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.
- С. Гистеросальпингография.
- Д. Лапароскопия с гистологическим исследованием биоптата ткани придатков матки.
- Е. Все перечисленное выше.

192. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной функции у данной больной.

- А. Внутриматочные синехии (синдром Ашермана).
- В. Хроническая ановуляция.
- С. Нарушение проходимости маточных труб, спаечный процесс в малом тазе.
- Д. Все перечисленное выше.
- Е. Ничего из перечисленного выше.

Задача №14.

Больная 28 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременностей в течение 5 лет. Считает себя больной около 3 лет. В анамнезе один самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 5—5 нед. В возрасте 20 лет оперирована по поводу разрыва кисты яичника, произведена резекция правого яичника. Результатов гистологического исследования удаленной ткани больная не знает. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, матка в антефлексии ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа и позади от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8х8 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, спаянное с заднебоковой поверхностью матки, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены; выделения из половых путей слизистые.

193. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- B. Эндометриоидная киста правого яичника.
- C. Абсцесс правого яичника.
- D. Дисгерминома.
- E. Узловатая форма аденомиоза.

194. Какое дополнительное обследование целесообразно провести этой больной для уточнения диагноза?

- A. Ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
- B. Расширенную кольпоскопию.
- C. Гистероскопию.
- D. Гистеросальпингографию.
- E. Все перечисленное выше.

195. Оптимальная лечебная тактика?

- A. Мини-лапаротомия, консервативная миомэктомия.
- B. Антибактериальная терапия в течение 7 дней, в случае отсутствия эффекта чревосечение, удаление правых придатков матки и левой маточной трубы.
- C. Чревосечение, резекция правого яичника с последующей гормональной терапией в течение 6—12 мес.
- D. Применение агонистов гонадотропин-релизинг-гормона в течение 6 мес, в случае отсутствия эффекта лапароскопии, резекция правого яичника.
- E. Лапаротомия, удаление правых придатков матки, резекция левого яичника с последующей полихимиотерапией.

Задача № 15.

Больная 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 7 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции. Менструации с 14 лет, по 5—7 дней, через 35—45 дней, умеренные, безболезненные. При осмотре: больная правильного телосложения, повышенного питания. При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, оволение по женскому типу, тело матки уменьшено в размерах, в области придатков матки с обеих сторон пальпируются образования 3х4х4 см, плотные, подвижные, безболезненные. Согласно результатам тестов функциональной диагностики, базальная температура монофазная, кариопикнотический индекс 60—70 %. Спермограмма мужа без патологических изменений.

196. Наиболее вероятный диагноз?

- A. Болезнь поликистозных яичников.
- B. Генитальный инфантилизм.
- C. Туберкулез половых органов.
- D. Двусторонние дермоидные кисты яичников.
- E. Бесплодие неясного генеза.

197. Какое дополнительное обследование следует провести больной?

- A. Лапароскопию с биопсией яичников и хроматосальпингоскопией.
- B. Гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и стенок полости матки, гистологическим исследованием биоптатов.
- C. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
- D. Определение уровня содержания в крови ФСГ, ЛГ, тестостерона.
- E. Все перечисленное выше.

198. Тактика лечения больной?

- A. Чревосечение, двусторонняя резекция яичников.
- B. Циклическая гормональная терапия в течение 6—12 мес.

- С. Двусторонняя клиновидная резекция яичников с последующей гормональной терапией.
- Д. Антибактериальная терапия препаратами группы рифампицина и иммуномодуляторами.
- Е. Экстракорпоральное оплодотворение.

Задача № 16.

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. У больной хроническое воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно. Гинекологический статус: влагалище без особенностей, шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 10 x 12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие; выделения слизистые.

199. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Обострение хронического сальпингоофорита с тубовариальным образованием слева.
- В. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- С. Киста левого яичника.
- Д. Рак яичников.
- Е. Эндометриоидная киста левого яичника.

200. Какое дополнительное обследование целесообразно провести в амбулаторных условиях?

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- В. Рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудка и кишечника.
- С. Расширенную кольпоскопию.
- Д. Все перечисленное выше.
- Е. Ничего из перечисленного выше.

201. Тактика врача женской консультации?

- А. Направить больную в онкологический диспансер для решения вопроса о тактике лечения.
- В. Поставить больную на диспансерный учет, рекомендовать повторный осмотр через 1 мес.
- С. Провести курс антибактериальной терапии, в случае отсутствия эффекта — госпитализация.
- Д. Экстренно госпитализировать больную для выполнения оперативного вмешательства.
- Е. Плановая госпитализация больной для хирургического лечения.

Задача № 17.

Больная 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 10 лет, АД 150/90 мм рт. ст. Масса тела 92 кг, рост 150 см. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища легко ранима; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка обычных размеров; придатки не определяются; параметрии свободны.

202. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Атрофический кольпит.

- В. Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода.
- С. Рак тела матки.
- Д. Рак шейки матки.
- Е. Гранулезоклеточная опухоль яичников.

203. Какие дополнительные методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

- А. Раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскобов.
- В. Лапароскопия.
- С. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием аспирата.
- Д. Расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков-отпечатков.
- Е. Все перечисленное выше.

204. Укажите наиболее рациональную тактику врача женской консультации.

- А. Поставить больную на диспансерный учет с повторным посещением женской консультации через 3—4 мес.
- В. Назначить гемостаз комбинированными эстроген-гестагенными препаратами.
- С. Провести гемостаз андрогенами.
- Д. Направить больную на консультацию к онкологу.
- Е. Госпитализировать больную в гинекологический стационар.

Задача № 18.

Больная 26 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голе ней, вздутие живота, раздражительность, потливость. Считает себя больной в течение 3 лет. Указанные симптомы появляются во вторую фазу менструального цикла и прекращаются после очередной менструации. С годами тяжесть клинических симптомов не возрастает. При гинекологическом осмотре патологических изменений не выявлено.

205. Какая форма предменструального синдрома наиболее вероятна в данном случае?

- А. Цефалгическая.
- В. Нервно-психическая.
- С. Кризовая.
- Д. Отечная.
- Е. Атипическая.

206. Возможные патогенетические механизмы развития данной формы предменструального синдрома?

- А. Снижение секреции прогестерона во вторую фазу менструального цикла, относительная гиперэстрогения.
- В. Нарушения в системе ренин-ангиотензин-ангиотензиноген II.
- С. Транзиторная гиперпролактинемия.
- Д. Гиперпростагландинемия.
- Е. Все перечисленное выше.

207. Какое дополнительное исследование целесообразно провести больной?

- А. Гормональное, включая обследование по тестам функциональной диагностики.
- В. Маммографию.
- С. Исследование выделительной функции почек.
- Д. Все перечисленное выше.
- Е. Больная не нуждается в дополнительном обследовании, так как диагноз не вызывает сомнений.

208. Какое лечение следует рекомендовать больной?

- А. Диетотерапию с ограничением потребления поваренной соли, молока, жидкости.
- В. Физио- и бальнеотерапию.

- С. Психотерапию.
- Д. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов с 5-го по 25-й день менструального цикла.
- Е. Все перечисленное выше.

Задача № 19.

Больная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 мин. При трансвагинальной эхографии заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

209. Правильная тактика врача женской консультации.

- А. Экстренно госпитализировать больную для уточнения диагноза и решения вопроса о тактике лечения.
- В. Выдать больничный лист и направить больную для определения титра ХГ в крови или моче. Рекомендовать повторно явиться в ЖК после получения результатов исследования.
- С. Рекомендовать повторно явиться через неделю для контрольного ультразвукового исследования.
- Д. Провести обследование по тестам функциональной диагностики.
- Е. Произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. В случае отсутствия пунктата выдать больничный лист и рекомендовать повторную явку в женскую консультацию через 5 дней.

210. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

- А. Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- В. Экстренное чревосечение.
- С. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища под контролем УЗ-датчика.
- Д. Гистероскопия с последующим исследованием соскоба эндометрия.
- Е. Чревосечение в плановом порядке.

Задача № 20.

У женщины 32 лет вторая беременность закончилась искусственным прерыванием при сроке 12 нед в связи с пузырным заносом.

211. Как должно быть организовано диспансерное наблюдение за больной?

1. Определение уровня ХГ в моче или субъединицы ТБГ в крови каждые 2 мес.
2. Диспансерный контроль в течение 2 лет.
3. Контрацепция эстроген-гестагенными препаратами в течение 1 года.
4. Систематическое ультразвуковое исследование.

Задача № 21.

У больной 21 года в условиях гинекологического стационара диагностирована трубная беременность. Состояние больной удовлетворительное, жалоб нет. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина в крови 130 г/л.

212. Какие методы лечения внематочной беременности возможны в данном случае?

1. Экстренное чревосечение, удаление маточной трубы.
2. Лапароскопия, удаление маточной трубы.
3. Резекция маточной трубы с последующим наложением трубного анастомоза с помощью микрохирургической техники.

4. Введение метотрексата в плодное яйцо под контролем трансвагинальной эхографии или лапароскопии.

5. 213. Какова тактика ведения больной?

1. Провести ультразвуковое исследование для исключения эндометрита и/или остатков плодного яйца в полости матки.
2. Произвести выскабливание слизистой оболочки тела матки и удаление остатков плодного яйца под контролем гистероскопии.
3. Назначить инфузионную, антибактериальную и утеротоническую терапию.
4. Провести гормональный гемостаз синтетическими эстроген-гестагенными препаратами.

Задача № 22.

Женщине 46 лет произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки и стенок полости матки по поводу нерегулярных менструаций, имеющих характер кровотечений.

214. Какие изменения эндометрия возможны в данной клинической ситуации?

1. Железисто-кистозная гиперплазия.
2. Полипоз.
3. Атипическая гиперплазия.
4. Атрофия эндометрия.

Задача № 23.

Больная 24 лет госпитализирована в гинекологическое отделение для обследования по поводу первичного бесплодия. Из анамнеза: замужем 3 года, муж обследован, здоров. Менструации регулярные, скудные, болезненные. Базальная температура двухфазная. При влагалищном исследовании: матка в антефлексии, не увеличена, ограниченно подвижна; придатки с обеих сторон утолщены, чувствительные при пальпации; своды глубокие.

215. Какие методы исследования необходимо использовать для уточнения диагноза и генеза бесплодия?

1. Лапароскопию с хромосальпингоскопией.
2. Туберкулиновые пробы.
3. Трансвагинальную эхографию.
4. Гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием.

Задача №24.

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое родов и девять медицинских аборт. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу него произведена диатермокоагуляция. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие после родовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и за крытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии — на 12 часах.

216. Какое дополнительное обследование требуется этой больной?

1. Цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности влагалищной ча-

- сти шейки матки.
2. Углубленное бактериологическое и вирусологическое исследование мазков выделений из канала шейки матки.
 3. Биопсия шейки матки с раздельным выскабливанием слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки.
 4. Определение содержания опухолевых маркеров (СА-125) в крови.

217. Какие патоморфологические изменения шейки матки возможны у данной больной?

1. Умеренная или выраженная пролиферация базального и парабазального слоев многослойного плоского эпителия (базальноклеточная активность), нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону ядра, акантоз, базальная мембрана интактна.
2. Гипер- и паракератоз поверхностных клеток многослойного плоского эпителия, акантоз, лейкоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация стромы.
3. Плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки.
4. Умеренная дисплазия цилиндрического эпителия влагалищной части шейки матки.

218. Вероятные причины заболевания шейки матки у данной больной?

1. Травма шейки матки в родах.
2. Неправильная диагностика и лечение патологических изменений шейки матки в прошлом.
3. Воспалительные заболевания шейки матки.
4. Нейроэндокринные нарушения, связанные с многократным искусственным прерыванием беременности.

219. Какое лечение следует рекомендовать больной?

1. Местное применение тампонов с мазями, содержащими антибиотики и препараты, повышающие регенеративную способность эпителия.
2. Обработку шейки матки лучом гелий-неонового лазера.
3. Электрохирургическое или криогенное воздействие.
4. Хирургическое лечение.

Задача № 25.

Больная 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта, последний из них, произведенный 2 года назад, осложнился гематометрой, в связи с чем были произведены эвакуация гематометры, контрольное выскабливание стенок полости матки; в дальнейшем развился метростенометрит. При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 в 1 мин, АД 125/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8—9 нед беременности, плотная, ограниченно подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, цервикс свободны, выделения слизистые, светлые.

220. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. Дисфункция яичников перименопаузального периода.
2. Миома матки.
3. Рак эндометрия.
4. Внутренний эндометриоз тела матки.

221. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной?

1. Метрорагия.

2. Гиперполименорея,
3. Опсоменорея.
4. Альгодисменорея.

222. В какие дни менструального цикла наиболее целесообразно произвести гистеросальпингографию данной больной?

1. В период менструации (1—3-й день менструального цикла).
2. В лютеиновую фазу менструального цикла (на 23—25-й день).
3. В период предполагаемой овуляции (12—14-й день менструального цикла).
4. В фолликулярную фазу цикла (на 5—7-й день менструального цикла).

223. Наиболее вероятные результаты гистологического исследования эндометрия (выскабливание произведено на 25-й день менструального цикла)?

1. Эндометриальный полип.
2. Эндометрий в фазе поздней секреции.
3. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
4. В соскобе из полости матки и канала шейки матки обнаружены эндометриоидные гетеротопии.

Задача № 26.

Больная 15 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 3 мес и продолжаются в течение 12 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом, отмечает частые носовые кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., уровень гемоглобина периферической крови 90 г/л, гематокрит 28 %. Живот мягкий, безболезненный. Результаты гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

224. При каком заболевании может наблюдаться описанная клиническая картина?

1. Дисфункциональное маточное кровотечение ювенильного периода.
2. Геморрагические васкулиты.
3. Тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).
4. Гранулезоклеточные опухоли яичников.

225. Какое дополнительное исследование необходимо провести больной с целью уточнения диагноза?

1. Развернутый анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов.
2. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и брюшной полости.
3. Изучение состояния свертывающей системы крови (тромбоэластография, протромбиновое время и т.д.).
4. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки.

226. Какое состояние эндометрия возможно у данной больной?

1. Эндометрий в фазе поздней секреции.
2. Эндометрий в фазе пролиферации.
3. Атипическая гиперплазия эндометрия.
4. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Задача № 27.

Больная 46 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации, слабость, снижение трудоспособности. В анамнезе двое срочных родов, пять медицинских аборт, хроническое воспаление придатков матки. В

течение последних 6 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удален год назад. Считает себя больной в течение 6 мес, к врачу не обращалась. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 78 в 1 мин, ритмичный, АД 125/80 мм рт.ст., уровень гемоглобина 80 г/л. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, тело матки увеличено до размеров, соответствующих 6- 7 нед беременности, округлое, подвижное, безболезненное; придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная; своды выражены; параметрии свободны; выделения из половых путей слизистые.

227. Для каких гинекологических заболеваний характерна описанная выше клиническая картина?

1. Миома матки с подслизистым расположением одного из узлов.
2. Внутренний эндометриоз тела матки.
3. Хронический эндометрит.
4. Дисфункциональное маточное кровотечение пременопаузального периода.

228. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?

1. Ультразвуковое сканирование внутренних половых органов.
2. Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию.
3. Гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и
4. стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов.
5. Лапароскопию.

229. Каковы наиболее вероятные причины гиперполименореи у данной больной?

1. Снижение сократительной активности миометрия.
2. Относительная гиперэстрогения.
3. Увеличение площади менструирующей поверхности матки.
4. Нарушения в свертывающей системе крови.

Задача № 28.

Больная 52 лет обратилась к гинекологу с жалобами на приливы жара до 10 раз в сутки, боли в области сердца, транзиторное повышение АД до 150/90 мм рт.ст. Постменопауза 2,5 года. При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище в состоянии возрастной инволюции, матка уменьшена в размере, придатки не пальпируются.

230. Наиболее характерные субъективные ощущения прилива жара?

1. Чувство жара.
2. Сердцебиение, затруднение дыхания.
3. Покраснение кожи лица.
4. Гипергидроз.

231. Возможные патогенетические механизмы возникновения «приливов»?

1. Увеличение пульсирующего выброса люлиберина и связанное с этим повышение уровня лютеотропина.
2. Нарушение процесса центральной терморегуляции.
3. Изменение обмена катехоламинов в гипоталамусе, обусловленное эстрогенной недостаточностью.
4. Дисфункция эрго- и трофотропного отделов вегетативной нервной системы

232. В отличие от ишемической болезни сердца для климактерической миокард и одистрофин характерно следующее:

1. отсутствие прямой зависимости между тяжестью кардиалгии и изменениями ЭКГ;

2. отсутствие изменений конечной части желудочкового комплекса (уплощения и инверсии волны *T*, депрессии сегмента *ST*);
3. отрицательная проба с нитроглицерином;
4. положительная функциональная проба с обзиданом.

233. Какое лечение следует рекомендовать данной больной?

1. Психотерапию, рациональную физио- и бальнеотерапию.
2. Естественные или конъюгированные эстрогены в сочетании с прогестагенами.
3. Исключение вредных привычек (курения), рациональную дозированную физическую нагрузку.
4. Органические нитраты (нитроглицерин, сустак и т.д.).

Задача № 29.

Больная 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пульс 110—112 в 1 мин, АД 125/70 мм рт.ст., язык сухой, обложен белым налетом; живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастрической области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При влагалищном исследовании: шейка матки с явлениями эндоцервикоза; тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки; задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

234. При каких заболеваниях возможна описанная выше клиническая картина?

1. Острый деструктивный аппендицит.
2. Кишечная токсикоинфекция.
3. Острое воспаление придатков матки, пельвиоперитонит.
4. Болезнь Крона.

235. Какие особенности анамнеза и клинической картины заболевания указывают на наличие гинекологической патологии?

1. Локализация и характерная иррадиация болей.
2. Появление основных симптомов заболевания в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.
3. Особенности половой функции.
4. Возраст больной.

236. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?

1. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и брюшной полости.
2. Посев кала.
3. Лапароскопия.
4. Ректороманоскопия.

Задача № 30.

Больная 34 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на первичное бесплодие в течение 7 лет. Из анамнеза: менструации регулярные с 13 лет, через 27—28 дней, по 5—6 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь регулярная, в браке, от беременности не предохранялась, беременности не наступали. С помощью базальной термометрии установлено чередование однофазных и двухфазных циклов с укороченной до 4—5 дней второй фазой. Согласно результатам рентгенотелевизионной гистеросальпингографии, маточные трубы выполняются контрастным веществом до ампулярных отделов, выход его в брюшную полость не отмечен. При исследовании

спермограммы мужа выявлены астено- и олигозооспермия II степени. После лечения мужа андрологом сохраняется астенозооспермия II степени.

237. Укажите возможные причины бесплодия.

1. Нарушение проходимости маточных труб.
2. Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла.
3. Субфертильность спермы мужа.
4. Хроническая ановуляция.

238. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

1. Диагностическую лапароскопию с хроматосальпингоскопией;
2. Посткоитальный тест (проба Шуварского-Симса).
3. Гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов.
4. Определение содержания пролактина в крови.

239. Наиболее рациональный способ лечения бесплодия у данной больной?

1. Микрохирургическая пластика маточных труб.
2. Назначение стимуляторов овуляции в сочетании с лечебными гидротубациями.
3. Искусственная инсеминация донорской спермой.
4. Экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	D	49	D	97	C
2	D	50	C	98	A
3	E	51	E	99	B
4	D	52	E	100	D
5	A	53	C	101	E
6	B	54	E	102	C
7	E	55	E	103	D
8	D	56	C	104	B
9	D	57	D	105	A
10	E	58	D	106	E
11	D	59	D	107	B
12	C	60	C	108	A
13	D	61	E	109	D
14	B	62	E	110	E
15	D	63	C	111	C
16	C	64	E	112	B
17	C	65	E	113	C
18	E	66	C	114	A
19	B	67	D	115	E
20	C	68	D	116	D
21	E	69	D	117	C
22	A	70	C	118	E
23	B	71	E	119	B
24	D	72	E	120	D
25	C	73	C	121	B
26	E	74	E	122	E
27	D	75	E	123	D
28	D	76	C	124	A

29	C	77	D	125	C
30	E	78	C	126	B
31	C	79	D	127	D
32	D	80	B	128	A
33	A	81	B	129	E
34	D	82	C	130	A
35	C	83	A	131	A
36	D	84	E	132	A
37	E	85	B	133	C
38	D	86	A	134	E
39	A	87	C	135	B
40	D	88	A	136	C
41	E	89	B	137	A
42	E	90	A	138	B
43	D	91	C	139	B
44	E	92	C	140	E
45	B	93	B	141	E
46	C	94	A	142	C
47	D	95	E	143	E
48	C	96	D	144	B
145	A	177	D	209	A
146	A	178	E	210	A
147	C	179	E	211	E
148	E	180	D	212	E
149	E	181	D	213	A
150	E	182	D	214	A
151	A	183	C	215	E
152	E	184	D	216	A
153	E	185	E	217	A
154	E	186	B	218	A
155	E	187	C	219	D
156	A	188	D	220	D
157	E	189	E	221	C
158	E	190	D	222	D
159	E	191	E	223	A
160	A	192	D	224	A
161	A	193	B	225	A
162	C	194	A	226	E
163	E	195	C	227	E
164	D	196	A	228	A
165	E	197	E	229	B
166	E	198	C	230	E
167	E	199	C	231	E
168	D	200	D	232	E
169	C	201	E	233	A
170	B	202	C	234	E
171	C	203	A	235	E
172	A	204	E	236	A
173	D	205	D	237	A
174	C	206	E	238	E

175	D	207	D	239	D
176	D	208	E		

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ:

Укажите наиболее характерные нарушения менструальной функции при следующих заболеваниях.

- 112. подслизистой миоме матки;
- 113. синдроме поликистозных яичников;
- 114. эндометриозе яичников;
- 115. раке эндометрия;
- 116. андробластоме яичников.
 - A. олигодисменорея;
 - B. альгодисменорея;
 - C. меноррагия;
 - D. метроррагия;
 - E. аменорея.

Укажите основные дифференциально диагностические признаки перечисленных заболеваний:

- 113. внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта;
- 11. острого воспаления придатков матки;
- 12. острого аппендицита;
- 13. неполного маточного аборта;
- 14. апоплексии яичника.
 - A. задержка менструации, схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, отрицательные симптомы раздражения брюшины;
 - B. менструальная функция не нарушена, боли из эпигастральной области перемещаются на правую подвздошную область, тошнота, рвота, субфебрилитет, положительные симптомы раздражения брюшины в гипогастральной области;
 - C. задержка менструации, приступообразные боли внизу живота, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей, слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга в гипогастральной области;
 - D. менструальная функция чаще не нарушена, постоянные боли внизу живота, субфебрилитет или фебрильная температура тела, слабо положительный или отрицательный симптом Щеткина—Блюмберга;
 - E. межменструальные кровянистые выделения, острые боли внизу живота, положительный симптом Щеткина—Блюмберга.
- 122. типичной формы дисгенезии гонад (синдрома Шерешевского—Тернера);
- 123. синдрома тестикулярной феминизации;
- 124. аденогенитального синдрома;
- 125. первичных поликистозных яичников (синдрома Штейна—Левенталя);
- 126. вирилизующей опухоли яичников.
 - A. кариотип 46XY, женский морфотип, аплазия гонад, слепо заканчивающееся влагалище, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;
 - B. кариотип 45X, женский морфотип, низкорослость, гипоплазия наружных и внутренних половых органов, первичная аменорея, отсутствие полового и подмышечного оволосения;
 - C. кариотип 46XX, женский морфотип, вторичная аменорея, прогрессирующая атрофия молочных желез, увеличение клитора, нарастающий гипертрихоз, значительное повышение содержания тестостерона в крови, отрицательная дексаметазоновая проба;

Д. кариотип 46XX, вирильные черты морфотипа, гипоменструальный синдром, низкий рост, гипертрихоз, гипоплазия молочных желез, повышение уровня 17-кетостероидов в моче, положительная дексаметазоновая проба;

Е. кариотип 46XX, женский морфотип, гипоменструальный синдром, гипертрихоз, избыточная масса тела, гипоплазия матки, двустороннее увеличение яичников, умеренное повышение уровня 17-кетостероидов в моче, слабо положительная дексаметазоновая проба.

Наиболее характерная рентгенологическая картина:

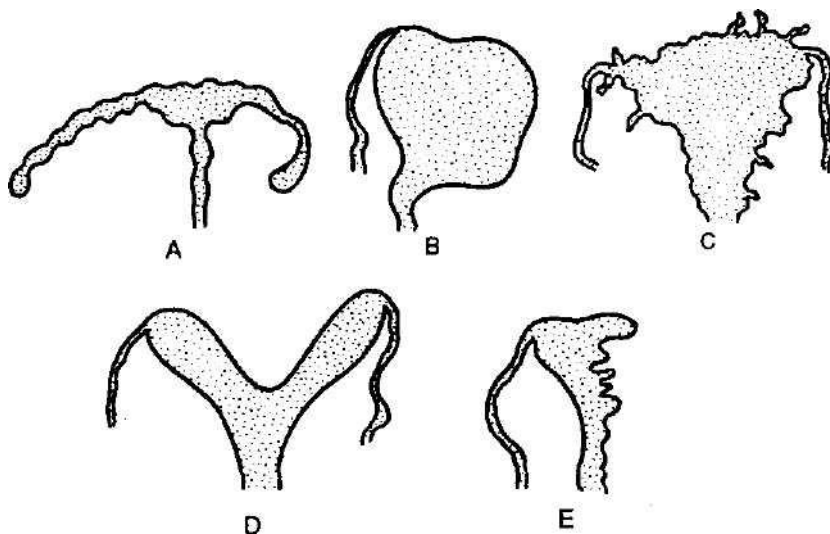
115. подслизистая миома матки;

19. аденомиоз;

20. генитальный туберкулез;

рак эндометрия;

118. аномалия развития матки.



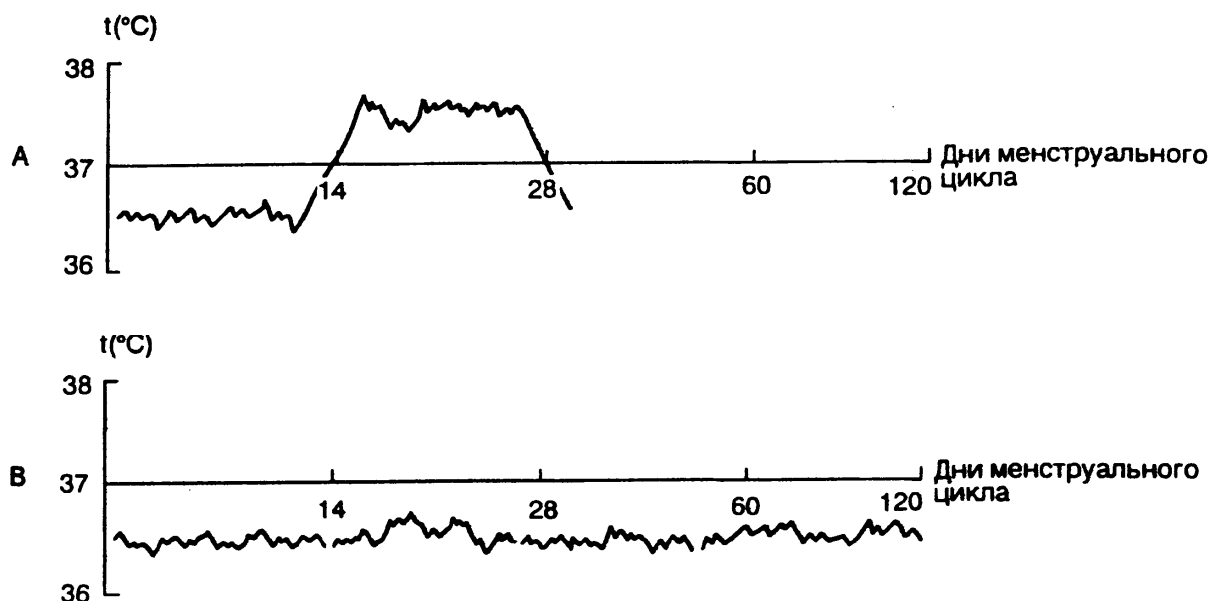
Какие особенности кривой базальной температуры указывают на наличие следующих состояний?

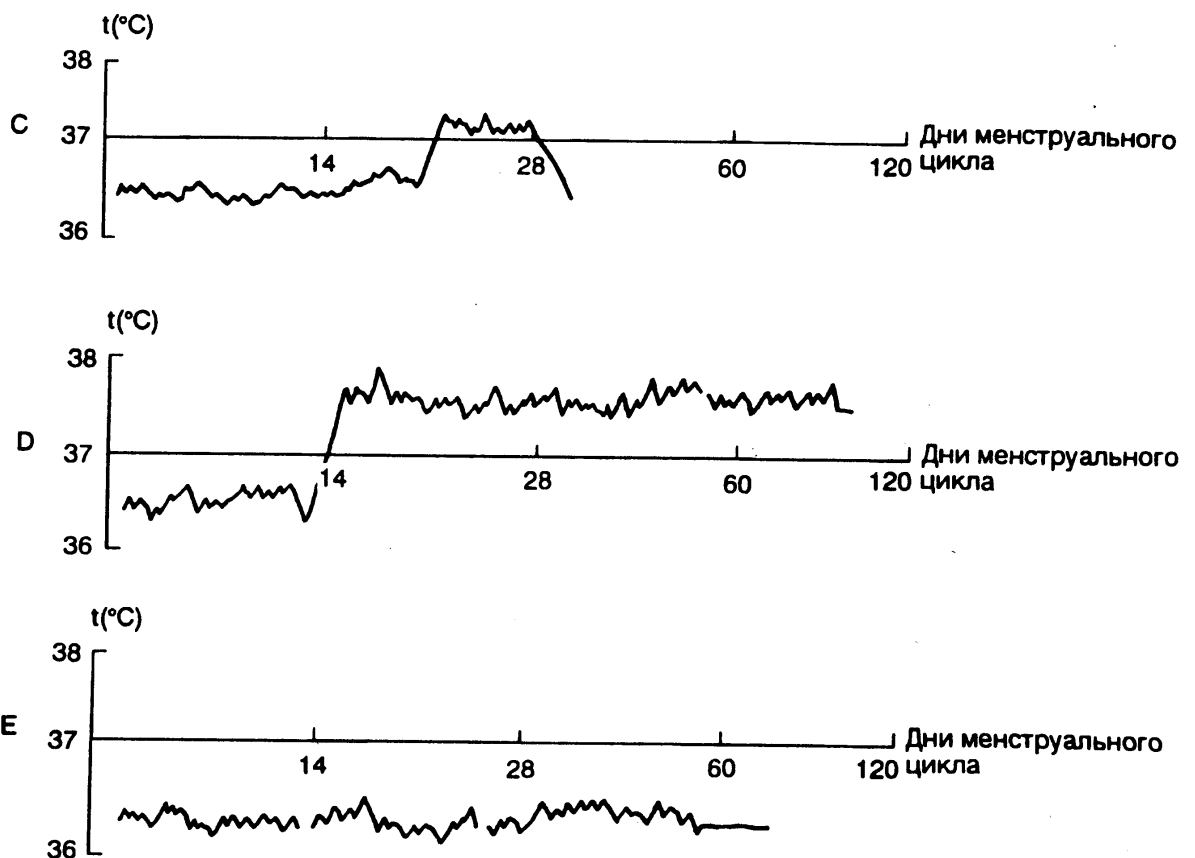
129. Гиполютеинизма.

130. Персистенции фолликула.

131. Атрезии фолликулов.

132. Беременности.





Опишите особенности кольпоскопической картины перечисленных ниже заболеваний:

197. истинной эрозии;

29. псевдоэрозии (эктопии);

30. эктропиона;

31. лейкоплакии;

32. основы лейкоплакии.

А. белесые, четко отграниченные участки на фоне неизмененного эпителия влагалищной части шейки матки, йоднегативные в пробе Шиллера;

В. йоднегативный дефект эпителия влагалищной части шейки матки;

С. белесые, четко отграниченные участки с мелкими темно-красными точками, йоднегативные в пробе Шиллера;

Д. рубцовая деформация влагалищной части шейки матки, посттравматический выворот слизистой оболочки канала шейки матки;

Е. участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием, плохо окрашивающийся йодом.

Определите степень чистоты влагалищного содержимого.

3. I;

4. II;

5. III;

6. IV.

А. 30—40 лейкоцитов в поле зрения, единичные палочки молочнокислого брожения, определяются грамотрицательные и грамположительные условно-патогенные микроорганизмы;

В. определяются только палочки Додерлейна;

- С. все поле зрения покрыто палочками Додерлейна, трихомонадами, видны единичные лейкоциты;
- Д. определяются палочки Додерлейна, единичные лейкоциты и небольшое количество грамположительных и грамотрицательных бактерий;
- Е. влагалищные палочки отсутствуют, все поле зрения покрыто лейкоцитами, грамположительными и грамотрицательными бактериями, расположенными вне- и внутриклеточно.

33. Укажите основные биологические свойства эстрогенов:

- 1. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах;
- 2. усиливают синтез остеобластов;
- 3. оказывают антиатеросклеротическое действие;
- 4. уменьшают свертываемость крови.

34. Перечислите основные биологические свойства прогестерона:

- 1. вызывает секреторную трансформацию эндометрия;
- 2. оказывает натрийдиуретическое действие;
- 3. уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и маточных труб;
- 4. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.

35. Какие тесты функциональной диагностики отражают эстрогенную насыщенность организма?

- 1. Симптом «зрачка».
- 2. Кариопикнотический индекс.
- 3. Симптом кристаллизации шейной слизи (симптом «папоротника»).
- 4. Базальная температура.

36. Предшественниками эстрогенов в яичниках являются:

- 1. простагландины F2 и E2;
- 2. андрогены;
- 3. ингибин;
- 4. прогестерон.

37. Тканями-мишенями для половых стероидных гормонов являются:

- 1. слизистая оболочка влагалища;
- 2. железистые структуры молочных желез;
- 3. эндометрий;
- 4. фолликулы кожи.

38. Под женским типом роста волос подразумевают:

- 1. дугообразную форму линии роста волос на лбу;
- 2. рост стержневых волос на крестце;
- 3. горизонтальную линию роста волос над лобком;
- 4. рост волос по средней линии живота.

39. В фолликулярную фазу менструального цикла наблюдается:

- 1. секреторная трансформация эндометрия;
- 2. повышение секреции аденогипофизом фоллитропина;
- 3. регресс желтого тела;
- 4. рост и созревание фолликула.

40. В лютеиновую фазу менструального цикла происходит:

- 1. образование желтого тела;
- 2. нагрубание долек молочных желез;
- 3. секреторная трансформация эндометрия;
- 4. снижение секреции пролактина.

- 41. Основными стероидпродуцирующим и тканями яичников являются:**
1. гранулеза;
 2. белочная оболочка;
 3. текальная оболочка;
 4. поверхностный эпителий.
- 42. Назовите симптомы, свидетельствующие о задержке полового развития:**
1. отсутствие менструаций в возрасте 15—16 лет;
 2. низкорослость;
 3. отсутствие увеличения молочных желез в 12—13 лет;
 4. дефицит массы тела.
- 43. Какие изменения в организме девочки предшествуют первой менструации:**
1. «скачок» роста;
 2. увеличение молочных желез;
 3. начало роста волос на лобке и в подмышечных впадинах;
 4. увеличение массы надпочечников.
- 44. В патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений основное значение имеют:**
1. нарушение цирхорального ритма выделения релизинг-фактора гонадотропных гормонов;
 2. нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов;
 3. нарушение процессов роста и созревания фолликулов в яичниках;
 4. отсутствие овуляции.
- 45. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу персистенции фолликула характерно:**
1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
 2. монофазная базальная температура;
 3. задержка менструации до 3 мес. и более;
 4. гиперплазия эндометрия.
- 46. Для дисфункциональных маточных кровотечений по типу атрезии фолликулов характерно:**
1. кариопикнотический индекс ниже 30 %;
 2. монофазная базальная температура;
 3. слабо выраженный симптом «зрачка»;
 4. гиперплазия эндометрия.
- 47. Основными методами остановки дисфункциональных маточных кровотечений в пубертатном периоде являются:**
1. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
 2. применение антигонадотропинов;
 3. использование больших доз эстрогенов;
 4. выскабливание слизистой оболочки тела матки.
- 48. Укажите механизм действия эстрогенов при проведении гормонального гемостаза:**
1. активная пролиферация эндометрия;
 2. повышение тонуса миометрия;
 3. блокада фоллитропина и нормализация соотношения лютеотропин/фоллитропин;
 4. отторжение (десквамация) эндометрия.
- 49. Под воздействием 17-оксипрогестерона капроната происходит:**

1. снижение митотической активности железистого эпителия;
2. секреторная трансформация эндометрия;
3. повышение дифференцировки атипического эндометрия;
4. стимуляция образования и выделения гонадотропных гормонов.

50. Гормональный гемостаз неэффективен при маточных кровотечениях, обусловленных:

1. длительной персистенцией фолликула;
2. задержкой остатков плодного яйца в полости матки;
3. атрезией фолликулов;
4. миомой матки с подслизистым расположением узла.

51. Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими ановуляторными маточными кровотечениями:

1. железисто-кистозная гиперплазия;
2. атипическая гиперплазия;
3. эндометриальный полип;
4. аденокарцинома.

52. Для профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде применяют:

1. препараты, стимулирующие овуляцию;
2. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
3. «чистые» гестагены;
4. циклическую гормональную терапию.

53. С целью регуляции менструального цикла у девочек пубертатного периода используют:

1. циклическую витаминотерапию;
2. преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию;
3. циклическую гормональную терапию;
4. комбинированные эстроген-гестагенные препараты.

54. Для циклической витаминотерапии применяют:

1. фолиевую кислоту с 1-го по 16-й день менструального цикла;
2. токоферола ацетат с 16-го по 28-й день менструального цикла;
3. аскорбиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла;
4. никотиновую кислоту с 16-го по 28-й день менструального цикла.

56. Для циклической гормональной терапии используют:

1. трехфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
2. естественные и синтетические эстрогены с 5-го по 16-й день менструального цикла;
3. двухфазные комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
4. «чистые» гестагены с 16-го по 25-й день менструального цикла.

57. Морфологические признаки первичных поликистозных яичников:

1. утолщение и склероз белочной оболочки яичников;
2. кистозная атрезия фолликулов;
3. гиперплазия стромы яичников;
4. гиперплазия тека-клеток кистозно-атрезирующихся фолликулов.

58. Для болезни поликистозных яичников характерны:

1. гипоплазия матки;
2. первичное бесплодие;
3. двустороннее увеличение яичников;
4. высокая частота гиперпластических процессов в эндометрии.

59. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:

1. врожденная паховая грыжа;
2. первичная аменорея;
3. отсутствие аксиллярного и лобкового оволосения;
4. наличие неполноценных тестикул, расположенных в брюшной полости, паховых каналах или в толще больших половых губ.

60. Укажите возможные причины первичной аменореи:

1. генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;
2. генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;
3. нарушение функции гипоталамических структур под влиянием тяжелых инфекций, перенесенных в детском возрасте;
4. ожирение.

61. Вторичная аменорея может быть следствием:

1. психогенного стресса;
2. массивной кровопотери в родах;
3. выраженного дефицита массы тела;
4. туберкулеза половых органов.

62. Назовите дополнительные методы исследования, позволяющие уточнить генез первичной аменореи:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. определение полового хроматина и кариотипа;
3. гормональные функциональные пробы;
4. лапароскопия с прицельной биопсией гонад.

63. Для уточнения генеза вторичной аменореи необходимо произвести:

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. рентгенографию черепа в двух проекциях;
3. лапароскопию с прицельной биопсией гонад;
4. определение уровня гонадотропинов и половых стероидных гормонов в крови.

64. Положительная проба с прогестероном означает:

1. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма;
2. отсутствие маточной формы аменореи;
3. недостаточную продукцию прогестерона в организме;
4. центральный генез аменореи.

65. Назовите функциональные пробы, позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарной системе:

1. проба с люлиберином;
2. проба с кломифеном;
3. проба с гонадотропинами;
4. большая дексаметазоновая проба.

66. Для послеродового нейроэндокринного синдрома характерно:

1. быстрое увеличение массы тела;
2. транзиторная гипертензия;
3. нарушение менструальной и детородной функций;
4. умеренная гиперандрогения.

67. Характерные проявления предменструального синдрома:

1. депрессия;
2. нагрубание и болезненность молочных желез;
3. цефалгия; 4. метеоризм.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ

1	C	24	D	47	E
2	A	25	B	48	B
3	B	26	E	49	A
4	D	27	D	50	A
5	E	28	A	51	C
6	C	29	C	52	E
7	D	30	B	53	E
8	B	31	D	54	E
9	A	32	A	55	A
10	E	33	E	56	E
11	B	34	A	57	E
12	A	35	A	58	E
13	D	36	A	59	E
14	E	37	C	60	A
15	C	38	E	61	E
16	B	39	B	62	E
17	C	40	C	63	E
18	A	41	A	64	A
19	E	42	B	65	A
20	D	43	B	66	E
21	C	44	E	67	E
22	E	45	E		
23	B	46	C		

Вопросы для собеседования по разделу: “Акушерство”.

1. Костный таз и его размеры.
2. Головка плода и ее размеры.
3. Назовите фазы менструального цикла, длительность их.
4. Назовите признаки ранних сроков беременности.
5. Назовите признаки поздних сроков беременности.
6. Укажите изменения в организме женщины при беременности.
7. Дородовый отпуск. Определение срока 30-недельной беременности.
8. Клиническое течение 1 периода родов, длительность его.
9. Клиническое течение 2 периода родов, ведение его. Акушерское пособие.
10. Клиническое течение 3 периода родов, ведение его. Признаки отделения плаценты.
11. Дайте определение анатомического и клинически узкого таза. Степени сужения таза.
12. Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
13. Из чего состоит первичный туалет новорожденного.
14. Покажите методику классического ручного пособия при тазовом предлежании.
15. Покажите методику по Цовьянову при тазовом предлежании.
16. Обезболивание родов, региональные методы.
17. Диагностика состояния плода. Методы терапии гипоксии плода.
18. Диагностика состояния новорожденного. Шкала Апгар.
19. Клиника нормального послеродового периода, ведение его.
20. Дайте классификация ранних токсикозов беременности, основные клинические симптомы, принципы терапии.

21. Дайте классификацию вызванных беременностью отеков, принципы лечения.
22. Преэклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
23. Эклампсия, клиника, диагностика, неотложная помощь.
24. Кровотечение в последовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь.
25. Кровотечение в послеродовом периоде. Этиология, клиника. Неотложная помощь.
26. Методика ручного отделения плаценты.
27. Предлежание плаценты. Этиология, клиника, неотложная помощь.
28. Отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, принципы терапии, неотложная помощь.
29. ДВС-синдром в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика, неотложная помощь.
30. Послеродовые заболевания. Классификация, клиника, принципы терапии. Неотложная помощь при перитоните и сепсисе.

Вопросы для собеседования по разделу: “Гинекология”.

1. Регуляция менструального цикла.
2. Яичниковый цикл.
3. Маточный цикл.
4. Половые гормоны. Гормональные пики.
5. Тесты функциональной диагностики.
6. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, неотложная помощь.
7. Эндометриоз. Этиология, классификация, клиника, неотложная помощь.
8. Гонорея в гинекологии.
9. Кандидоз
10. Хламидиоз. Уреаплазмоз.
11. Генитальный герпес.
12. Классификация нарушений менструального цикла.
13. Принципы обследования и лечения при дисфункциональных маточных кровотечениях в детородном возрасте.
14. Принципы обследования и лечения при маточных кровотечениях в климактерическом периоде.
15. Бесплодный брак. Клиника, диагностика.
16. Трофобластическая болезнь. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
17. Эктопическая беременность. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
18. Фоновые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика.
19. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
20. Кисты яичников. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
21. Кистомы яичников. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
22. Воспалительные заболевания придатков матки.
23. Неотложная помощь при раке шейки матки.
24. Неотложная помощь при раке тела матки.
25. Неотложная помощь при раке яичника.

11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОФИЛЕМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Последипломное образование врачей – специалистов проводится согласно нормативной базе РФ:

1. Закона РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.12.2011 № 1475-н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программе послевузовского профессионального образования (ординатура)».
3. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 362-н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».
4. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 декабря 2011 г. N 1476н г. Москва "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)".
5. Инструктивного письма Минобразования России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;
6. Приказа Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
7. Письма Минобрнауки России от 23.03.2006 г. №03-344, Рособрнадзора от 17.04.2006 г. № 02-55-77ин/ак.
8. Постановления Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. №71 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении)».
9. Приказа Рособрнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г, 11 июня 2015 г, 12 января 2016 г.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература (акушерство)

1. Учебник «Акушерство» Э.К Айламазян, г Москва 2015 г
2. Учебник «Акушерство» Г.М.Савельева, г.Москва 2009 г
3. Акушерство: Национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – (Серия «Национальные руководства»), г.Москва, 2015
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / под ред В.И. Кулакова, г.Москва, 2009
5. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Под редакцией Ю.Э. Доброхотовой, Москва 2009
6. Перинатальное акушерство. Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений/под ред. проф. В.Б.Цхай, Москва 2008

7. Клинические лекции по акушерству и гинекологии, под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой, Москва 2008
8. Акушерство: Практикум в 3-х частях. Практикум в 3-х частях / Под ред. В.Е. Радзинского, Изд. 3-е, перераб и доп. Москва 2009
9. Акушерство. Клинические лекции / под ред. проф. О. В. Макарова, Москва 2008 г
10. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии, под ред. Г.М. Савельевой, Москва 2008
11. Руководство по акушерству, под ред. И. С. Сидоровой, В.И. Кулакова, И.О. Макарова. Москва, 2008
12. Практическое акушерство с неотложными состояниями, К. И. Лихачев, Москва 2010
13. Родовой блок, Е.А. Чернуха, Москва, 2009
14. Акушерство и гинекология. Медицинский атлас. Г.К. Степанковская, Москва, 2009 г
15. Физиологическое акушерство С.Н. Гайдуков Москва, 2010

Дополнительная литература (акушерство)

1. Основы перинатологии. Учебник. / под ред. проф. Н.П. Шабанова, проф. Цвелева МЕД пресс Москва 2010
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, Изд-во Журнал Status PraeSENS Москва 2011 г
3. Акушерство: Национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.И. Савельевой-: ГЕОТАР-Медиа, Серия Национальное руководство. Москва. 2007
4. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г.М. Савельевой - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», Москва 2010.
5. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии-640с. /Под ред. Проф. Ю.В. Цвелева и д.м.н. В.Г. Абанина,- СПб: ООО «Изд. Фолиант» - Москва 2008 г.
6. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г.М. Савельевой - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», Москва, 2010 -720с.
7. Акушерство и гинекология. Учебное пособие: в 2-х томах / Алан Х, Де Черни, Лорен Натан, перевод с англ.; под общей редакцией акад. РАМН А.Н. Стрижакова. -М.: МЕД прессинформ. Москва, 2008

Основная литература (гинекология)

1. Гинекология: Национальное руководство под редакцией В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельева. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007,-1072с.
2. Гинекология. Курс лекций: учебное пособие под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009 -472с. ил.
3. Молочные железы и гинекологические болезни, под ред. В.Е. Радзинского М., 2010-304с
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии /Под ред. Ю.В. Цвелева и проф. Е.Ф. Кира, СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2008-320с: ил.
5. Клиническая гинекология. Учебное пособие. Учебное пособие. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009г -616с:
6. Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции. Клинические лекции: руководство для врачей. 2-ое изд., испр и доп.-М.: ГЭОТА. Медиа. 2010 -280с

Дополнительная литература (гинекология)

1. Акушерство и гинекология. Учебное пособие: в 2-х томах Алан Х, Де Черни, Лорен Натан, перевод с англ.; под общей редакцией акад. РАМН А.Н. Стрижакова. М.: МЕДпресс информ, 2009 Т.2: Гинекология-696 с.
2. Руководство к практическим занятиям по гинекологии, Учебное пособие под ред. проф. Ю.В. Цвелева, проф. Кира-СПБ. ООО Издательство Фолиант», 2009-320с.
3. Руководство к практическим занятиям по гинекологии; Учебное пособие, под ред. В.Е. Радзинского, М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008.-520с.
4. Руководство к практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии, А.Я.

Электронно-информационные ресурсы

Научная электронная библиотека e-library.ru (<http://elibrary.ru/titles.asp>)

- Центральная научная медицинская библиотека им. И.М. Сеченова (<http://www.scsml.rssi.ru/>)
- Банк документов Минздрава (<http://www.rosminzdrav.ru/documents>);
- Справочно-правовая система «Гарант» (<http://ivo.garant.ru/#/startpage:0>).

Электронное издание <http://www.studmedlib.ru/>

1. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html> Год издания 2015
Электронное издание на основе: Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3295-2.
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html>. Год издания 2015
3. Акушерство. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3250-1. Год издания 2015
3. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Айламазян Э. К. и др. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433164.html> Год издания 2015, 704 с. - ISBN 978-5-9704-3316-4.
4. Акушерство [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427613.html> Год издания 2014
5. Физиологическое акушерство [Электронный ресурс] / Дзигуа М.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426111.html> Год издания 2013.

2. Гинекология [Электронный ресурс] / В под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427583.html> Год издания 2014.

- Электронное издание на основе: Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с: ил. - ISBN 978-5-9704-2758-3.
2. Гинекология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424070.html> Год издания 2013;
Электронное издание на основе: Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2013. - 552 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2407-0.
 3. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни [Электронный ресурс]: учебник / Дзигуа М.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426173.html>, Год издания 2013;
Электронное издание на основе: Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник / М.В. Дзигуа - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 360 с.: ил. (Серия "СПО") - ISBN 978-5-9704-2617-3.
 4. Гинекология [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422540.html>, Год издания 2012;
Электронное издание на основе: Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М.

Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. 2012. - 432 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2254-0.

5. Гинекология. Клинические лекции [Электронный ресурс] / Баринов В.В., Здановский В.М., Игнатченко О.Ю. и др. / Под ред. О.В. Макарова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412527.html> год издания 2010

Электронное издание на основе: Гинекология. Клинические лекции: учеб. пособие / под ред. О. В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-1252-7.

6. Гинекология. Курс лекций. [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова А.И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408568.html> Год издания 2009

Прототип Электронное издание на основе: Гинекология. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. 2009. - 472 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-0856-8.

7. Руководство к практическим занятиям по гинекологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970404423.html>, Год издания 2007.