

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 02.05.2024 14:37:10
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 14
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.01 «Акушерство и гинекология»
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.01 Акушерство и гинекология

Направленность (профиль) программы

Акушерство и гинекология

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва 2024 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 6

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации.....	4
2. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации	4
3. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	9
4. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	55
5. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной.....	56

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач - акушер-гинеколог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.
 2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - акушер-гинеколог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.
- ## 2. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Категория универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с

		запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении

		карьерной траектории профессиональной и других сферах деятельности.
--	--	---

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные

		обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	<p>ПК-1.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	02.084 Профессиональный стандарт - "Врач - акушер-гинеколог"
	ПК-2. Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и	ПК-2.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в	02.084 Профессиональный стандарт - "Врач - акушер-гинеколог"

	гинекология" в стационарных условиях	<p>стационарных условиях</p> <p>ПК-2.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	<p>ПК-3.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара, и в стационарных условиях</p>	02.084 Профессиональный стандарт - "Врач - акушер-гинеколог"
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-4. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний	<p>ПК-4.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-4.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-4.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний</p>	Анализ отечественного и зарубежного опыта

3. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация

проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап – тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап – практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса. Первый навык может быть продемонстрирован на фантоме/муляже/манекене. В процессе демонстрации обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). Второй навык может заключаться в оценке лабораторного или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап – собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение двух ситуационных задач междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на

	клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень заданий, выносимых на государственный экзамен.

Тестовые задания (1 этап)

АКУШЕРСТВО

1. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через верхний край лона, безымянные линии, мыс
середину лона, середина вертлужных впадин, сочленение II-III крестцовых позвонков
середину лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение
2. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является середина между малым и большими родничками
малый родничок лоб
затылочный бугор
3. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является малый родничок
большой родничок
середина между малым и большим родничками надпереносье
4. Каким размером происходит рождение головки при переднем виде затылочного предлежания?
Малым косым прямым вертикальным средним косым
5. Размер Франка равен в норме 20 см
11 см
9 см
12 см
6. Истинная конъюгата равна 11 см
13 см
9 см
20 см
7. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является истинная конъюгата
расстояние между седалищными остями
расстояние между нижним краем симфиза и верхушкой копчика
расстояние между седалищными буграми
8. Наибольшим размером малого таза является поперечный размер плоскости входа в малый

таз поперечный размер выхода из полости малого таза поперечный размер плоскости узкой части малого таза прямой размер узкой части полости малого таза

9. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму четырехугольника, вытянутого в горизонтальном направлении четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении неправильного четырехугольника
геометрически правильного ромба
10. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению спинки головки мелких частей тазового конца
11. Что такое позиция плода?
Отношение спинки плода к нижнему сегменту матки отношение крупной части плода ко входу в малый таз отношение спинки плода к передней или задней стенке матки отношение спинки плода к правой или левой стенке матки
12. Головное предлежание плода при физиологических родах переднеголовное затылочное лобное лицевое
13. Первым моментом биомеханизма родов при затылочном предлежании является прорезывание головки
внутренний поворот головки разгибание головки сгибание головки
14. Отношение головки плода ко входу в малый таз определяется первым приемом Леопольда
третьим и четвертым приемами Леопольда
вторым приемом наружного акушерского обследования измерением высоты стояния дна матки
15. Большой родничок расположен на месте пересечения следующих швов венечный, лобный, стреловидный
затылочный, стреловидный, венечный лобный, затылочный, стреловидный венечный, лобный, затылочный
16. Проводная ось таза – это
линия, соединяющая центры прямых размеров всех четырех плоскостей таза линия, проведенная через мыс и нижний край лона
линия, проведенная через верхний край лона и верхушку копчика линия, соединяющая центры всех поперечных размеров таза
17. Что является точкой фиксации на головке при переднем виде затылочного предлежания?
Затылочный бугор подзатылочная ямка надпереносье верхняя челюсть
18. Каким размером происходит рождение головки при лицевом предлежании? Малым косым
прямым средним косым вертикальным
19. Ранняя неонатальная смертность – это
число умерших жизнеспособных новорожденных во время родов из 1000 всех родившихся
число умерших детей в течение 28 полных суток жизни из числа 1000 живорожденных
число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных
число детей, умерших в первые 7 суток жизни, к числу родившихся живыми $\times 1000$

20. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение 6 часов
12-24 часа
3-5 суток
72 часа
21. Вторым приемом Леопольда определяют предлежание плода
положение плода, позицию и вид позиции высоту стояния дна матки
часть плода, находящуюся в дне матки
22. «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает измерение базальной температуры
определение уровня β -ХГЧ в моче (крови), визуализация плодного яйца в полости матки при УЗИ УЗИ
динамическое наблюдение
23. Общее объективное обследование беременной (роженицы) начинается с пальпации живота
аускультации сердцебиения плода пельвиометрии
объективного обследования по системам
24. Положение плода – это
отношение спинки плода к боковым стенкам матки отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки отношение оси плода к оси матки
отношение крупной части плода ко входу в малый таз
25. Предлежанием плода называется
отношение спинки плода к передней или задней стенкам матки отношение спинки плода к боковым стенкам матки
отношение крупной части плода ко входу в малый таз определение крупной части плода в дне матки
26. Место наилучшего выслушивания сердцебиения плода при тазовом предлежании II позиции
слева выше пупка справа выше пупка слева ниже пупка справа ниже пупка
27. Через середины вертлужных впадин проходит
поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза поперечный размер плоскости входа в малый таз
поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
28. Диагональная конъюгата это расстояние между нижним краем симфиза и мысом седалищными буграми гребнями подвздошных костей
большими вертелами бедренных костей
29. При трансвагинальном сканировании плодное яйцо расположено в матке, эмбрион ≤ 7 мм, сердцебиение плода не визуализируется. Что следует сделать? Провести вагинальное исследование
осмотр шейки матки при помощи зеркал
дополнить исследование трансабдоминальное сканирование
повторное сканирование через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность.
30. β - ХГЧ в крови становится положительным в первые 1-2 дня задержки менструации
через 1 нед после даты ожидаемой менструации в первые 5 дней после зачатия

В первые 9 дней после зачатия

31. Подтверждает факт наличия беременности уровень β -ХГЧ равный более 0,5 МЕ/л
более 1 МЕ/л
более 5 МЕ/л
более 50 МЕ/л
32. Маточная беременность регистрируется на УЗИ при размере плодного яйца 1 мм
5 мм
 ≥ 3 мм
 ≥ 5 мм
33. Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям таза, если вся внутренняя поверхность лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение заняты головкой
головка большим сегментом в широкой части малого таза головка в узкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза головка прижата ко входу в малый таз
34. Определите биомеханизма родов: стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади ниже большого, большой слева кпереди задний вид затылочного предлежания, II позиция
передний вид затылочного предлежания, I позиция задний вид затылочного предлежания, I позиция передний вид затылочного предлежания, II позиция
35. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, слева у крестца передний угол большого родничка.
Определите биомеханизм родов лобное предлежание
лицевое предлежание переднеголовное предлежание асинклитическое вставление
36. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки косо-продольный
циркулярный косой продольный
37. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки циркулярный
косой
косо-продольный продольный
38. Для «зрелой» шейки матки характерно
шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 2-х пальцев
шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см
шейка матки в центре малого таза; длиной 2.0-2,5 см., размягчена, цервикальный канал для 1-го пальца
шейка матки отклонена кзади; длиной до 3-х см, плотная, наружный зев закрыт
39. Определите акушерскую ситуацию: головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов находится в поперечном размере выхода малого таза, малый родничок слева, большой справа
передний вид затылочного предлежания, первая позиция задний вид затылочного предлежания, первая позиция переднетеменное вставление
низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция
40. Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для исследования нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковой сочленение
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза

головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз

41. Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: все опознавательные точки заняты головкой
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз
42. Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для исследования нижний край лона, медиальные поверхности седалищных бугров, верхушка копчика
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз
43. Диаметр большого сегмента головки является вертикальный размер головки.
Определите биомеханизм родов затылочное предлежание, передний вид затылочное предлежание, задний вид лицевое предлежание
переднеголовное предлежание
44. Диаметр большого сегмента при переднеголовном предлежании является прямой размер головки
средний косой размер головки малый косой размер головки вертикальный размер головки
45. Влагалищное исследование в послеродовом периоде после абдоминального родоразрешения
проводится по показаниям не проводится
проводится всем родильницам
проводится только родильницам после двух и более операций кесарево сечение
46. Определите акушерскую ситуацию: шейка матки не определяется, головка плода в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, роднички на одном уровне
II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция
I период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция
II период родов, затылочное предлежание, вторая позиция
II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция
47. Определите биомеханизм родов: лицевая линия в правом косом размере, подбородок слева кпереди
лицевое предлежание, задний вид лицевое предлежание, передний вид лобное предлежание асинклитическое вставление головки
48. Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца
переднеголовное предлежание, задний вид
лобное предлежание, задний вид лицевое предлежание, задний вид лобное предлежание, передний вид
49. Для физиологически протекающей беременности не характерна тахикардия
гемоконцентрация гиперкоагуляция гиперпролактинемия
50. Изменения в организме женщины при беременности создают благоприятные условия для развития
гестационного сахарного диабета гипогликемии

- кровотечения вследствие гипокоагуляции увеличения тонуса кишечника
51. Выберите наиболее верную формулировку при беременности иммунитет снижается при беременности формируется частичный иммунодефицит беременность характеризуется подавлением адаптивного иммунитета на фоне активации врожденного иммунитета беременность характеризуется активацией адаптивного иммунитета на фоне подавления врожденного иммунитета
52. Артериальное давление при физиологической беременности повышается снижается несколько снижается в первой половине беременности и увеличивается после 28 недель уровень артериального давления не меняется
53. Ремоделирование спиральных артерий при физиологической беременности представляет собой утрату спиральными артериями гладкомышечных волокон увеличение количества спиральных артерий уменьшение количества спиральных артерий гипертрофию гладкомышечных волокон спиральных артерий
54. Сколько и какие сосуды проходят в пуповине? 4 сосуда – 2 артерии и 2 вены 3 сосуда – 2 вены и 1 артерия 3 сосуда – 2 артерии и 1 вена 2 сосуда – 1 вена и 1 артерия
55. Выберите правильное утверждение плацента человека имеет децидуально-хориальный тип строения хориальная пластинка плаценты покрыта амнионом плацента формируется к 11 неделям беременности в среднем, вес плаценты 1,5-2 кг
56. Выберите правильное утверждение плацента человека имеет гемохориальный тип строения в пуповине два сосуда в пуповине две вены и одна артерия в пуповине 1 артерия и 1 вена
57. Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца переднеголовное предлежание, задний вид лобное предлежание, задний вид лицевое предлежание, задний вид лобное предлежание, передний вид
58. Листок нетрудоспособности на дородовой и послеродовой отпуск при одноплодной беременности выдается в 30 недель на 140 дней может быть выдан на любом сроке после 30 недель по желанию женщины на 140 дней срок выдачи определяется после родов в случае родов до 30 недель выдается на 140 дней с момента родов
59. Диагональная конъюгата – это расстояние от передней верхней подвздошной ости с одной стороны, до задней верхней ости подвздошной кости с другой от нижнего края симфиза до крестцового мыса от верхушки копчика до верхнего края симфиза от надкрестцовой ямки до верхненаружного края лонного сочленения

60. Варианты положения плода прямое, поперечное и смешанное левое, правое и прямое переднее и заднее
продольное, поперечное и косое
61. Расстоянием от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца называется
наружная конъюгата диагональная конъюгата акушерская конъюгата истинная конъюгата
62. Концентрация β -ХГЧ при физиологической беременности нарастает до 10 недель беременности
равномерно в течение всей беременности с 5 до 20 недель беременности
с 10 до 20 недель беременности
63. Для физиологической беременности не характерно гемодилюция
гиперкоагуляция
повышение концентрации тромбоцитов активация контринсулярных гормонов
64. При физиологически протекающей беременности осмотр врача-офтальмолога необходимо провести
в течение первых 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию в течение первых 30 дней после первичного обращения в женскую консультацию
в течение первого триместра беременности по показаниям
65. К сомнительным признакам беременности относится увеличение матки в объеме
цианоз наружных половых органов изменение в восприятии вкусов и запахов прекращение менструации
66. К достоверным признакам беременности относится положительный тест на беременность
увеличение размеров матки
повышение уровня В-ХГЧ в анализе крови шевеление плода
67. К вероятным признакам беременности относится повышение уровня β -ХГЧ в анализе крови
тошнота
выслушивание сердцебиения плода пальпация частей плода
68. Расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения называется
наружной конъюгатой диагональной конъюгатой акушерской конъюгатой истинной конъюгатой
69. Размеру Франка приблизительно равняется наружная конъюгата
диагональная конъюгата
поперечный размер ромба Михаэлиса вертикальный размер ромба Михаэлиса
70. Во время беременности объем ОЦК уменьшается
увеличивается в 1,5-2 раза увеличивается в 3 раза остается прежним
71. Посев мочи для исключения бессимптомной бактериурии проводится при наличии у беременной патологии мочеполовой системы
после 14 недели беременности
в первом триместре беременности после 36 недель беременности

72. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода
первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид вторая позиция, передний вид
73. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода
первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид вторая позиция, передний вид
74. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют положение, позицию и вид позиции
высоту стояния дна матки и положение плода
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки
предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз
75. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют положение, позицию и вид позиции
тонус матки и положение плода
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки
предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз
76. Признак Пискачека в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки
сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки асимметрии матки
77. Признак Пискачека относится к группе признаков беременности вероятных сомнительных
предположительных достоверных
78. Признак Снегирева в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки
сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки увеличении матки
79. Признак Снегирева относится к группе признаков беременности сомнительных предположительных вероятных достоверных
80. Признак Горвица-Гегара в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки
сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки увеличении матки
81. Признак Горвица-Гегара относится к группе признаков беременности вероятных сомнительных предположительных достоверных
82. В каком случае при подсчете срока беременности не следует опираться на первый день последней менструации?
При нормопонирующем менструальном цикле при нерегулярном менструальном цикле при антэпонирующем менструальном цикле при постпонирующем менструальном цикле
83. Уровень β -ХГЧ в крови свидетельствует о сроке гестации и ее прогрессировании
локализации беременности
имплантации плодного яйца анэмбрионии

84. Биохимический маркер беременности малого срока высокий уровень прогестерона
появление β -ХГЧ в крови повышение уровня эстрадиола повышение уровня эстриола
85. Расчет предполагаемой даты родов производится
по дате последней менструации и данным УЗИ первого скрининга по дате последней
менструации по первому шевелению плода только по данным УЗИ в сроке до 10 недель
по 1-й явке в женскую консультацию
86. «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает определение
 β -ХГЧ в моче (крови), УЗИ (визуализация плодного яйца)
задержка менструации и визуализация плодного яйца при ультразвуковом исследовании
измерения базальной температуры пальпация частей плода
87. При лицевом предлежании
роды через естественные родовые пути невозможны
роды через естественные родовые пути возможны только в заднем виде роды через
естественные родовые пути возможны только в переднем виде головка проходит через
плоскости таза большим косым размером
88. При переднеголовном предлежании проводной точкой является подзатылочная ямка
верхняя часть переносицы малый родничок
большой родничок
89. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к
задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода
первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид
вторая позиция, передний вид
90. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к
задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода
первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид
вторая позиция, передний вид
91. Третьим приемом Леопольда-Левичского определяют
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки
положение, позицию и вид позиции
тонус матки и положение плода
предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый
таз
92. Четвертым приемом Леопольда-Левичского определяют тонус матки и положение
плода
положение, позицию и вид позиции
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки отношение
предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз в дополнение к третьему приему
93. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, вторая
позиция, задний вид, головное предлежание. Где находится точка выслушивания
сердцебиения плода?
Справа, ближе к боковой стенке матки, ниже пупка
слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка справа, на уровне пупка
справа, ближе к белой линии живота, выше пупка
94. Сердцебиение плода при первой позиции, переднем виде и поперечном
положении выслушивается

слева, на уровне пупка справа, на уровне пупка слева, выше пупка слева, ниже пупка

95. Сердцебиение плода при второй позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается
слева, на уровне пупка справа, на уровне пупка слева, выше пупка слева, ниже пупка
96. Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл
в I триместре
в I и II триместрах не показан
на протяжении всей беременности
97. Асинклитическое вставление – это
отклонение стреловидного шва от центральной оси таза кпереди или кзади разгибательное вставление (переднеголовное или лобное)
значительное нахождение костей черепа друг на друга отсутствие продвижения головки на схватку
98. Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл
в I триместре
в I и II триместрах не показан
на протяжении всей беременности
99. Диаметр большого сегмента головки при лицевом предлежании является средний кривой размер
большой кривой размер вертикальный размер прямой размер
100. Наиболее частой причиной смертности недоношенных новорожденных является геморрагическая болезнь новорожденных гемолитическая болезнь новорожденных внутрижелудочковые кровоизлияния респираторный дистресс-синдром

ГИНЕКОЛОГИЯ

1. Проба Шиллера – это воздействие на эпителий влагалища и шейки матки 3% водным раствором Люголя
последовательной обработки ее 3-5% водным раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя
3-5% водным раствором уксусной кислоты
последовательной обработки 3% водным раствором Люголя и 3-5% водным раствором уксусной кислоты
2. Сколько типов зоны трансформации при кольпоскопии выделяют, согласно последней кольпоскопической классификации (Рио-де-Жанейро, 2011 г.)?
4
2
5
3
3. Рекомендуется придерживаться следующего подхода к цервикальному скринингу
возраст 25 – 60 лет, 25-35 лет – цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, 35-60 лет – цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 3 года возраст 21 – 69 лет, 21-29 лет – цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в 3 года, 30-69 лет – цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 5 лет
возраст 21 – 69 лет, 21-29 лет – цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, ВПЧ при получении патологических результатов цитологического исследования

возраст 25 – 60 лет, 25-35 лет – цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, ВПЧ по показаниям

4. При наличии лейкоплакии шейки матки у пациентки с воспалительным типом мазка первым этапом лечения является устранение сопутствующего воспалительного процесса по общепринятым в клинической практике схемам
следует применять средства, которые влияют на тканевой обмен (облепиховое масло, масло шиповника, мазь, содержащая алоэ и др.)
необходимо проведение деструктивных методов лечения кольпоскопия+ВПЧ тестирование
5. После проведения вакцинации необходимость в регулярных гинекологических осмотрах не изменяется
регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 10 лет после вакцинации
регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 5 лет после вакцинации
частота регулярных гинекологических осмотров рекомендуется 1 раз в 5 лет
6. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» проведение цитологического исследования мазка шейки матки и цервикального канала рекомендуется с частотой
1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет
1 раз в 2 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет
1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 25 года до 70 лет
1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 20 года до 60 лет
7. В качестве инструмента для получения материала для жидкостной цитологии может быть использован
комбинированная цитощетка с эндоцервикальным компонентом шпатель Эйра
кюретажная ложечка все варианты верны
8. Лейкоплакия шейки матки без атипии относится к доброкачественным поражениям шейки матки и при отрицательном ВПЧ
Не озлакачивается
не требует динамического наблюдения не требует обследования на ВПЧ
относится к доброкачественным поражениям шейки матки и не озлакачивается
9. Первичная профилактика рака шейки матки включают вакцинопрофилактику от ВПЧ
регулярные медицинские осмотры
цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки ВПЧ тестирование
10. Вторичная профилактика рака шейки матки включают вакцинопрофилактику от ВПЧ
регулярные медицинские осмотры
цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки+ ВПЧ тестирование
своевременное лечение предраковых заболеваний шейки матки
11. Основным критерием для постановки диагноза рак шейки матки служит гистологическое исследование материала, полученного при биопсии шейки матки
характерные изменения, выявленные при кольпоскопии
результат цитологического исследования соскобов с шейки матки + ВПЧ тестирование
данные анамнеза и жалоб, а также данные визуального осмотра

12. Противопоказание для проведения биопсии шейки матки являются воспалительные заболевания шейки матки, ИППП
беременность
выраженные изменения при кольпоскопии хронические экстрагенитальные заболевания
13. При выявлении аногенитальных бородавок на коже вне зоны вульвы и промежности необходима консультация
дерматолога онколога проктолога уролога
14. Наиболее распространенным гистологическим вариантом рака шейки матки является
мелкоклеточный рак плоскоклеточный рак светлоклеточная аденокарцинома железисто-плоскоклеточный рак
15. Гистологически к легким интраэпителиальным повреждениям шейки матки относится
дисплазия шейки матки лёгкой степени лейкоплакия шейки матки
тяжелая дисплазия шейки матки преинвазивный рак шейки матки
16. Манчестерская операция
сочетание ампутации удлинённой шейки матки с передней кольпоррафией и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки
сочетание ампутации удлинённой шейки матки с передней кольпоррафией передняя кольпоррафия и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки и кольпоперинеопластикой
ампутации удлинённой шейки матки
17. К фоновым заболеваниям шейки матки относится цервикальная интраэпителиальная неоплазия лейкоплакия шейки матки
рак шейки матки in situ микрокарцинома шейки матки
18. Противопоказанием для проведения пробы Шиллера является рак шейки матки
беременность
индивидуальная непереносимость йода кормление грудью
19. К фоновым заболеваниям шейки матки относится эктопия шейки матки
цервикальная интраэпителиальная неоплазия тяжелой степени цервикальная интраэпителиальная неоплазия умеренной степени Наботовы кисты шейки матки
20. Вирус папилломы человека наиболее тропен к многослойному плоскому эпителию
к цилиндрическому эпителию к железистому эпителию
к структурам соединительной ткани
21. Материал, полученный при биопсии шейки матки, подлежит Гистологическому исследованию
Цитологическому исследованию Бактериоскопическому исследованию
Бактериологическому исследованию
22. Что является транспортной средой для материала, подлежащего гистологическому исследованию?
Формалин физ. Раствор
раствор глюкозы дистиллированная вода
23. Какой термин отражает предраковые изменения эпителия шейки матки? Метаплазия гиперкератоз дисплазия койлоцитоз

24. Дисплазия шейки матки характеризуется нарушением дифференцировки клеток эпителия развитием активной метаплазии наличием паракератоза является доброкачественным процессом
25. Что является специфической профилактикой рака шейки матки? Большое количество родов в анамнезе вакцинация от ВПЧ высоко онкогенных типов до начала половой жизни отказ от раннего начала половой жизни применение КОК
26. Какой объем операции не показан пациентке в постменопаузе с диагнозом «рак шейки матки in situ»?
конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала экстирпация матки с придатками
высокая ампутация шейки матки
расширенная экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией
27. Какой объем операции считается оптимальным при раке шейки матки стадии 1a без лимфоваскулярной инвазии в репродуктивном периоде?
Конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала экстирпация матки без придатков
расширенная экстирпация матки с придатками надвлагалищная ампутация матки
28. Какие симптомы характерны для начального рака шейки матки? Контактные кровяные выделения из половых путей
пенистые выделения из половых путей интенсивные боли внизу живота гнойные выделения из половых путей
29. Тактика ведения при выявлении HSIL без признаков инвазивного рака шейки матки в сроке беременности 20 недель
немедленная прицельная биопсия под контролем кольпоскопии
контроль онкоцитологии 1 раз в триместр, инвазивные вмешательства через 6-8 недель после родов
ВПЧ тестирование
конизация шейки матки во время беременности
30. Тактика ведения пациентки при выявлении подозрения на инвазивный рак шейки матки в сроке беременности 20 недель
прицельная биопсия шейки матки под контролем кольпоскопии контроль онкоцитологии через 1 раз в триместр
конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала
прерывание беременности по медицинским показаниям без морфологической верификации диагноза
31. Когда целесообразно выполнять конизацию шейки матки при выявлении HSIL в сроке беременности 20 недель?
Немедленно при первичном выявлении через 2 недели после родов
Через 6-8 недель после родов
в сроке доношенной беременности
32. Для постановки диагноза рака шейки матки необходимо результатов бимануального исследования
результатов МРТ органов малого таза морфологическое исследование биоптата шейки матки наличие характерной кольпоскопической картины

33. Тактика ведения пациентки 19 лет с LSIL по результатам онкоцитологии немедленная прицельная биопсия шейки матки без ВПЧ тестирования
ВПЧ тестирование, контроль мазка на онкоцитологию через 6-12 месяцев конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала раздельное диагностическое выскабливание матки с биопсией шейки матки
34. Что не является физиологическими изменениями кольпоскопической картины при беременности?
Усиление васкуляризации
смещение переходной зоны эпителия к влагалищной части с формированием децидуоза
гипертрофия эпителия
грубая мозаика и папиллярная пунктуация
35. К фоновым заболеваниям шейки матки относится все, кроме лейкоплакия
дисплазия цервицит эктропион
36. У больной 30 лет выявлена тяжелая дисплазия по результатам онкоцитологии, при кольпоскопии выявлен участок йоднегативной зоны, тактика ведения включает
криодиструкцию
конизацию шейки матки с выскабливанием цервикального канала с гистологическим исследованием
наблюдение, контроль онкоцитологии через 3 месяца фотодинамическая терапия
37. Для постановки диагноза предрака шейки матки основным методом исследования является
цитологическое исследование
гистологическое исследование биоптата шейки матки расширенная кольпоскопия
осмотр шейки матки в зеркалах
38. К предраку шейки матки относится рак *in situ*
дисплазия эндоцервикоз эктропион
39. Рак шейки матки чаще локализуется в зоне трансформации
в средней трети цервикального канала в верхней трети цервикального канала на влагалищной порции шейки матки
40. У пациентки 26 лет выполнена прицельная биопсия шейки матки, гистологическое заключение – рак шейки матки *in situ*, тактика включает конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала
экстирпация матки с придатками криодиструкция
лучевая терапия
41. Пациентке 32 года, беременность 19 недель, по данным онкоцитологии выявлены клетки плоскоклеточного рака, при осмотре нельзя исключить инвазивный рак шейки матки. Тактика включает
прерывание беременности с последующим обследованием шейки матки биопсия шейки матки во время беременности
наблюдение, биопсия шейки матки после окончания беременности криодеструкция шейки матки во время беременности
42. В лечении микроинвазивного рака шейки матки чаще используется лучевая терапия
хирургический метод лечения лекарственный метод лечения фотодинамическая терапия
43. Для уточнения степени распространенности процесса при раке шейки матки наиболее информативным является

осмотр шейки матки в зеркалах
МРТ органов малого таза с контрастированием УЗИ органов малого таза
расширенная кольпоскопия

44. У пациентки 37 лет в сроке беременности 25 недель выполнена биопсия шейки матки, гистологическое исследование – инвазивный рак шейки матки. Какой метод обследования для уточнения степени распространенности опухолевого процесса противопоказан?
УЗИ органов малого таза с доплеровским картированием МРТ органов малого таза без контрастирования
МРТ органов малого таза с контрастированием
бимануальное исследование
45. При каких условиях МРТ органов малого таза во время беременности не противопоказано, верно все кроме
возможно со 2 триместра гестации
должно выполняться без использования контраста возможно в 3 триместре беременности
возможно начиная с 1 триместра гестации
46. При каком условии возможно выполнение МРТ органов малого таза? В любом от срока гестации
в любом сроке, начиная со 2 триместра гестации в 1 триместре гестации
противопоказано в 3 триместре гестации
47. Через какое время после родоразрешения целесообразно выполнение конизации шейки матки и выскабливания цервикального канала, если во время беременности был выявлен HSIL?
Через 1 год
через 6-8 недель
через 2 недели
через 6 месяцев
48. У нерожавшей пациентки 18 лет выявлена эктопия шейки матки, цитологическая картина без патологии, тактика включает
прицельную биопсию шейки матки криодиструкцию
наблюдение
конизацию шейки матки
49. К цитологическим признакам предрака шейки матки относится плоскоклеточная метаплазия
паракератоз койлоцитоз дисплазия
50. Какие факторы при заборе материала могут привести к снижению информативности цитологического исследования, верно все, кроме
забор материала во время менструации
забор материала после вагинального осмотра
ранее чем через 48 часов после использования тампонов в середине менструального цикла
51. К кольпоскопическим признакам инвазивного рака шейки матки относится все, кроме
атипичные сосуды наличие изъязвлений эктопия эпителия экзофитное поражение
52. К аномальной цитологической картине относится все, кроме
ацетобелый эпителий
децидуоз пунктуация мозаика
53. Показанием для незамедлительного выполнения прицельной биопсии шейки матки является
LSIL по результатам онкоцитологии у пациентки 25 лет при нормальной

цитологической картине и отрицательном ВПЧ тестировании
эктопия шейки матки без инфицирования ВПЧ
HSIL по результатам онкоцитологии вне зависимости от кольпоскопической картины
LSIL по результатам онкоцитологии в постменопаузе на фоне атрофии слизистой без
инфицирования ВПЧ

54. Когда забор мазка на онкоцитологию нецелесообразен в связи с большой вероятностью искажения результатов, верно все, кроме
острого кольпита менструации
после влагалищного исследования беременности
55. О чем может свидетельствовать наличие атипичных сосудов по результатам кольпоскопии?
Хронический воспалительный процесс наличие инвазивного рака шейки матки атрофия
слизистой
этап плоскоклеточной метаплазии
56. Какие существуют противопоказания для проведения фотодинамической терапии? Верно все, кроме
острые воспалительные заболевания женских половых органов беременность
непереносимость фотосенсибилизатора персистенция ВПЧ высоко онкогенных типов
57. К предраку тела матки относится гиперплазия эндометрия с атипией фиброзно-железистый полип эндометрия кистозная гиперплазия эндометрия аденокарцинома эндометрия
58. К факторам риска развития рака тела матки не относится метаболический синдром
раннее менархе прием КОК поздняя менопауза
59. Тактика ведения пациентки с атипичной гиперплазией эндометрия в репродуктивном периоде с нереализованной репродуктивной функцией экстирпация
матки с придатками
гормональная терапия под контролем онкогинеколога надвлагалищная ампутация матки
абляция эндометрия
60. В перечень обязательных обследований при подозрении на рак тела матки не входит
УЗИ органов малого таза мазок на онкоцитологию
раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии расширенная
кольпоскопия
61. Какая лечебная тактика показана при атипичной гиперплазии эндометрия в постменопаузе?
Экстирпация матки с придатками надвлагалищная ампутация матки без придатков
гормональная терапия
наблюдение, контрольная гистероскопия через 6 месяцев
62. Прием каких препаратов повышает риск развития рака тела матки? Тамоксифен
анастразол КОК
гестагены
63. Какой эффект оказывает прием КОК в отношении риска развития рака тела матки?
Снижает риск развития рака тела матки повышают риск развития рака тела матки
не оказывают влияния на риск развития рака тела матки
приводят к отсроченному повышенному риску рака тела матки через 10 лет после

окончания приема

64. К факторам риска рака тела матки относится абсолютная или относительная гиперэстрогения позднее менархе
большое количество родов в анамнезе эстрогенная недостаточность
65. Какие группы лимфоузлов поражаются в первую очередь при лимфогенной диссеминации рака тела матки?
Паховые
общие и наружные подвздошные надключичные
подключичные
66. Какая лечебная тактика показана при выявлении рака тела матки с инвазией в миометрий в пременопаузальном периоде?
Электрохирургическая абляция эндометрия гормональная терапия
тотальная гистерэктомия
надвлагалищная ампутация матки без придатков
67. В каком случае не показано удаление большого сальника при оперативном лечении по поводу рака тела матки?
Переход опухоли на шейку матки
серозный компонент в структуре опухоли эндометрия подозрение на метастазы в яичник
наличие не верифицированных объемных образований в яичниках
68. В каком случае показано выполнение тазовой лимфаденэктомии при оперативном лечении по поводу рака тела матки?
Высокодифференцированная аденокарцинома без инвазии в миометрий
низкодифференцированная аденокарцинома по морфологическому исследованию опухоли
инвазия на 1/2 миометрия (высокодифференцированная аденокарцинома)
высокодифференцированная аденокарцинома в полипе эндометрия
69. Какое утверждение верно в отношении рака тела матки? Риск рака тела матки повышается в условиях гиперэстрогении
риск рака тела матки повышается с увеличением количества родов
риск рака тела матки повышается при недостаточности эстрогенов
рак тела матки не входит в группу заболеваний «семейного рака»
70. Что из нижеперечисленного не повышает риск развития рака эндометрия? Прием «Тамоксифен» назначение эстрогенов без прогестеронов
прием КОК
наличие гормонопродуцирующей опухоли яичников
71. Какой метод не применяется в лечении атипической гиперплазии эндометрия?
Хирургический в объеме тотальной гистерэктомии
абляция эндометрия гормональная терапия лучевая терапия
72. Какой гистологический вариант полипа эндометрия относится к предраку тела матки?
Фиброзный
фиброзно-железистый аденоматозный железистый
73. Пациентке 68 лет, без тяжелой соматической патологии, установлен диагноз рака тела матки 2 стадии (стадия T2N0M0G1). Какой объем операции показан? Расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия

простая тотальная гистерэктомия без придатков надвлагалищная ампутация матки с придатками
экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника

74. Какие симптомы возникают при развитии рака тела матки на ранней стадии?
Верно все, кроме
менометроррагии в репродуктивном периоде кровотечение в постменопаузе
повышение температуры тела пиометра в постменопаузе
75. От чего не зависит прогноз течения заболевания при раке тела матки?
Глубины инвазии опухоли в миометрий возраста больной
степени дифференцировки клеток опухоли исходного соматического статуса
76. Как часто необходимо наблюдать пациентку, перенесшую специальное противоопухолевое лечение по поводу рак тела матки в течение первых 3 лет? Каждые 3 месяца
каждые полгода ежегодно ежемесячно
77. Какие методы обследования не входят в первую линию диагностики при подозрении на рак тела матки?
УЗИ органов малого таза аспирационная биопсия эндометрия
гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки ПЭТ КТ
78. К факторам риска развития атипичной гиперплазии эндометрия не относится
нарушение менструального цикла по типу ановуляций
поздняя менопауза (после 52 лет) бесплодие
травматичные роды в анамнезе
79. Какой метод наиболее информативен для оценки глубины инвазии опухоли при раке тела матки?
Бимануальное исследование
МРТ малого таза с контрастированием УЗИ органов малого таза гистероскопия
80. Какой объем оперативного вмешательства не допустим к выполнению при раке тела матки?
Тотальная гистерэктомия надвлагалищная ампутация матки
расширенная экстирпация матки с придатками
экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника
81. К доброкачественным опухолям матки относится все, кроме фибромиома
аденомиоз карциносаркома
фиброзный полип эндометрия
82. Наиболее информативным методом диагностики рака тела матки является
бимануальное исследование
УЗИ органов малого таза
морфологическое исследование биоптата эндометрия МРТ органов малого таза
83. К какой группе опухолей относится лейомиосаркома?
Злокачественная эпителиальная опухоль герминогенная опухоль
злокачественная неэпителиальная опухоль опухоль стромы полового тяжа
84. Какие признаки подозрительны в отношении саркомы матки? Верно все, кроме
множественные узлы в миометрии
рост миомы более 4 недель в год рост миомы в постменопаузе

признаки активной пролиферации по данным МРТ (активное накопление контраста)

85. Какая тактика показана пациентке в пременопаузе с быстрорастущей миомой матки?
Наблюдение
хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками гормональная терапия миомэктомия
86. Какой объем хирургического вмешательства показан пациентке в возрасте 50 лет с подозрением на саркому матки?
Эмболизация маточных артерий экстирпация матки с придатками миомэктомия надвлагалищная ампутация матки
87. При подозрении на саркому матки необходимо следующее обследование, верно все, кроме
УЗИ органов малого таза
гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием МРТ органов малого таза с контрастом
прицельная биопсия шейки матки
88. Какой вариант лечения показан при подозрении на саркому матки в постменопаузе?
Лапароскопическая миомэктомия экстирпация матки с придатками надвлагалищная ампутация матки без придатков гормональная терапия
89. Какой объем операции показан при лейомиосаркоме? Экстирпация матки с придатками
расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника надвлагалищная ампутация матки
90. С каким диагнозом следует дифференцировать быстрорастущую миому матки?
Саркома матки
аденомиоз
рак тела матки беременность
91. Какая тактика лечения показана пациентке 52 лет с растущей миомой матки более 4 недель в год?
Наблюдение, контрольное УЗИ через 1 год
хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками гормональная терапия эмболизация маточных артерий
92. Развитие пиометры в постменопаузе чаще всего обусловлено злокачественной опухолью эндометрия
заболеваниями, передающимися половым путем хроническим эндометритом
бактериальным вагинозом
93. Какие заболевания предрасполагают к развитию рака тела матки? Верно все, кроме бесплодие
синдром поликистозных яичников внематочная беременность ожирение
94. Какие заболевания увеличивают риск развития рака тела матки? Верно все, кроме сахарный диабет гипертоническая болезнь ожирение
бронхиальная астма
95. В случае морфологической верификации рака тела матки начальной стадии у пациентки в постменопаузе показано

- эмболизация маточных артерий экстирпация матки с придатками химиотерапия
экстирпация матки без придатков
96. У пациентки 50 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по поводу патологии эндометрия. Гистологическое заключение – атипическая гиперплазия эндометрия. Из сопутствующих заболеваний – миома матки 10 недель. Оптимальной тактикой ведения является
оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками абляция эндометрия
гормональная терапия с применением ВМС «Мирена» наблюдение
97. У пациентки 64 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по поводу полипа эндометрия. Гистологическое заключение – высокодифференцированная аденокарцинома в полипе. Тактика ведения наблюдение
оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками лучевая терапия
гормональная терапия гестагенами
98. Для уточнения распространенности опухолевого процесса при раке тела матки наиболее информативным обследованием является
осмотр в зеркалах
УЗИ органов малого таза
МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием гистероскопия
99. При каком расположении саркоматочного узла болевой синдром и интенсивность кровотечения будут более выражены интрамуральном субмукозном субсерозном перешеечном
100. К признакам злокачественной опухоли вульвы относится все, кроме длительно незаживающая язва на наружных половых органах инфильтрация окружающих тканей вокруг новообразования атрофия эпителия кровоточащее при контакте с поверхности образование

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Плоскости малого таза, границы и размеры каждой плоскости. Проведите пельвиометрию.
2. Продемонстрируйте на фантоме приемы Леопольда. Цель каждого приема.
3. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
4. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
5. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.
6. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при лобном предлежании.
7. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при лицевом предлежании.
8. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при тазовом предлежании.
9. Продемонстрируйте на акушерском фантоме пособие по Цовьянову.
10. Продемонстрируйте на фантоме классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
11. Продемонстрируйте на фантоме экстракцию плода за тазовый конец. Показания. Техника операции.
12. Продемонстрируйте на симуляторе родов Simona вакуум-экстракцию плода.
13. Продемонстрируйте на симуляторе родов Simona операцию наложения выходных акушерских щипцов.
14. Продемонстрируйте на акушерском фантоме операцию наложения полостных акушерских щипцов.
15. Головка в широкой части полости малого таза, I позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую

- ситуацию.
16. Головка большим сегментом во входе в малый таз, II позиция, передний вид.
 17. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
 18. Головка малым сегментом во входе в малый таз, I позиция, передний вид. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
 19. Головка в узкой части полости малого таза, II позиция, задний вид затылочного предлежания. Воспроизведите с помощью фантома таза и плода данную акушерскую ситуацию.
 20. Головка в плоскости выхода малого таза. Передний вид затылочного предлежания. Воспроизведите данную акушерскую ситуацию.
 21. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа несколько ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере.
 22. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева, большой справа, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к лону.
 23. Установите головку на фантоме и охарактеризуйте следующую акушерскую ситуацию: головка прижата ко входу в малый таз, малый родничок у крестца, большой под лоном, стреловидный шов в прямом размере.
 24. Проба Шиллера. Биопсия шейки матки. Показания. Техника операции.
 25. Марсупиализация. Показания. Техника операции.
 26. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания. Техника операции.
 27. Искусственное прерывание беременности в I триместре. Показания. Условия для проведения операции. Техника операции.
 28. Резекция яичника. Показания. Техника операции.
 29. Раздельное диагностическое выскабливание. Показания. Противопоказания. Техника операции.
 30. Удаление придатков матки (Аднексэктомия). Показания. Этапы операции.
 31. Удаление маточной трубы (тубэктомия). Показания. Этапы операции.
 32. Тесты функциональной диагностики.
 33. Лапароскопия. Показания. Противопоказания. Техника операции.
 34. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Техника операции.
 35. Экстирпация матки с придатками. Показания. Противопоказания. Техника операции.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

АКУШЕРСТВО

1. Анатомически узкий таз. Определение, классификация.
2. Общеравномерно-суженный таз. Определение. Особенности механизма родов. Возможные осложнения для матери и плода.
3. Плоские тазы. Классификация. Определение. Особенности механизма родов. Возможные осложнения для матери и плода.
4. Поперечно-суженный таз. Определение. Особенности механизма родов. Возможные осложнения для матери и плода.
5. Оплодотворение и развитие плодного яйца, органогенез.
6. Развитие и функции плаценты.
7. Диагностика беременности. Признаки беременности. Определение срока беременности и родов.
8. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости. Размеры.

9. Методы измерения размеров таза.
10. Первый пренатальный скрининг. Цели, методика и сроки выполнения.
11. Второй пренатальный скрининг. Цели, методика и сроки выполнения.
12. Врожденные пороки развития плода. Причины, методы диагностики. Тактика ведения беременности.
13. Тактика ведения беременной пациентки при наличии у нее резус- отрицательного фактора крови.
14. Тактика ведения беременной пациентки при наличии у нее резус- сенсibilизации.
15. Диагностика и лечение тяжелых форм гемолитической болезни плода.
16. Показания, сроки проведения и дозировка антирезусного иммуноглобулина при антенатальной профилактике резус-сенсibilизации.
17. Показания, сроки проведения и дозировка антирезусного иммуноглобулина при постнатальной профилактике резус-сенсibilизации.
18. Причины наступления родов. Предвестники родов.
19. Периоды родов и их продолжительность у первородящих и у повторнородящих. Анатомическое строение матки.
20. Клиническое течение и ведение первого периода родов.
21. Клиническое течение и ведение второго периода родов.
22. Клиническое течение и ведение третьего периода родов. Продолжительность третьего периода родов. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
23. Обезболивание родов.
24. Механизм родов в переднем виде затылочного предлежания.
25. Механизм родов в заднем виде затылочного предлежания.
26. КТГ во время беременности. Сроки проведения. Методы оценки.
27. КТГ в родах. Нормальный, сомнительный, патологический типы КТГ.
28. Дополнительные методы оценки состояния плода в процессе родов (Проба Залинга, Лактат-тест, STAN-ктг и другие).
29. Острая гипоксия плода во время беременности.
30. Острая гипоксия плода в родах.
31. Последствия и осложнения перенесенной гипоксии у новорожденного.
32. Хроническая гипоксия плода. Причины. Диагностика. Акушерская тактика.
33. Ведение родов при хронической гипоксии плода.
34. Оценка состояния новорожденного при преждевременных, своевременных и запоздалых родах.
35. Асфиксия новорожденного. Методы оценки состояния новорожденного.
36. Первичная реанимация новорожденных в род.зале.
37. Предлежание плаценты. Этиология, классификация, диагностика.
38. Предлежание плаценты. Клиника, тактика ведения.
39. ПОНРП. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
40. Вращение плаценты. Этиология, диагностика, тактика ведения. Принципы родоразрешения.
41. Кровотечения в 3 периоде родов. Причины. Тактика ведения.
42. Кровотечения в послеродовом периоде. Причины. Тактика ведения.
43. Неправильные положения плода. Причины. Диагностика.
44. Акушерская тактика при неправильных положениях плода.
45. Тазовое предлежание плода. Причины. Классификация. Диагностика.
46. Тазовое предлежание плода. Методы родоразрешения. Особенности ведения родов, пособия при тазовых предлежаниях.
47. Показания к кесаревому сечению при тазовом предлежании.
48. Современный подход к проведению наружного акушерского поворота. Показания и противопоказания к проведению наружного акушерского поворота.
49. Анатомически узкий таз. Классификация.
50. Многоплодная беременность. Типы плацентации.
51. Тактика ведения беременности и родов при дихориальном типе плацентации.

52. Тактика ведения беременности и родов при монохориальном типе плацентации.
53. Специфические осложнения при монохориальном типе плацентации.
54. Клинически узкий таз. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
55. Патологический прелиминарный период. Тактика ведения.
56. Первичная слабость родовой деятельности. Причины. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
57. Вторичная слабость родовой деятельности. Причины. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
58. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
59. Стремительные роды. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
60. Переносная беременность. Диагностика переносной беременности. Признаки перенашивания. Осложнения у новорожденного.
61. Подготовка шейки матки при переносной беременности.
62. Переносная беременность. Ведение родов. Показания к кесареву сечению.
63. Невынашивание беременности. Методы обследования.
64. Привычное невынашивание. Этиология. Прегравидарная подготовка.
65. Спонтанные преждевременные роды. Диагностика. Акушерская тактика в зависимости от сроков гестации.
66. Индуцированные преждевременные роды. Показания к досрочному родоразрешению.
67. Ближайшие и отдаленные перинатальные осложнения у новорожденных при преждевременных родах. Методы профилактики.
68. Угроза преждевременных родов. Диагностика. Методы лечения. Схемы токолиза. Маршрутизация беременных.
69. Истмико-цервикальная недостаточность. Классификация. Причины. Диагностика.
70. Методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Условия, показания, противопоказания.
71. Токсикозы. Этиология, патогенез, клиника рвоты беременных. Методы лечения. Показания к прерыванию беременности.
72. Преэклампсия. Классификация. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
73. Критерии умеренной преэклампсии. Акушерская тактика.
74. Критерии тяжелой преэклампсии. Акушерская тактика.
75. Эклампсия. Клиника. Акушерская тактика. Профилактика.
76. Разрыв матки. Классификация.
77. Угрожающий механический разрыв матки. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
78. Начавшийся механический разрыв матки. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
79. Свершившийся механический разрыв матки. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
80. Гистопатический разрыв матки во время беременности. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
81. Гистопатический разрыв матки в родах. Клиника. Диагностика. Акушерская тактика.
82. Разрыв тканей мягких родовых путей. Шейка матки. Влагалище. Вульва. Этиология. Профилактика.
83. Родовой травматизм плода. Родовая опухоль. Кефалогематома.
84. Кесарево сечение. Виды чревосечений. Варианты разреза на матке.
85. Показания к кесареву сечению во время беременности.
86. Показания к кесареву сечению в родах.
87. Осложнения кесарева сечения.
88. Особенности родоразрешения пациенток с рубцом на матке.
89. Вакуум-экстракция плода. Показания. Условия. Техника выполнения.
90. Гнойно-септические послеродовые осложнения. Классификация. Причины.
91. Сепсис. Септический шок.
92. Разгибательные вставления головки.

93. Эмболия околоплодными водами.
94. Диабетическая фетопатия.
95. Сроки и методы родоразрешения при сахарном диабете.
96. Сахарный диабет. Диагностика. Тактика введения беременности.

ГИНЕКОЛОГИЯ

1. Роль гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции менструального цикла.
2. Критерии нормального менструального цикла.
3. Этапы роста и созревания фолликулов в яичнике.
4. Фазность изменений функционального слоя эндометрия в нормальном менструальном цикле.
5. Аменорея. Методы исследования уровней поражения менструального цикла, принципы лечения.
6. Классификация аномальных маточных кровотечений.
7. Лечение аномальных маточных кровотечений у пациенток репродуктивного возраста.
8. Алгоритм обследования пациенток с аномальными маточными кровотечениями.
9. Алгоритм обследования больных периода постменопаузы с подозрением на патологию эндометрия.
10. Органосохраняющие методы лечения доброкачественных внутриматочных заболеваний у пациенток периода постменопаузы.
11. Ультразвуковые критерии патологии эндометрия у пациенток различных возрастных периодов.
12. Классификация патологических процессов шейки матки. Неопухольевые изменения шейки матки.
13. Эрозия шейки матки. Этиология, патогенез. Диагностика. Тактика ведения.
14. Лейкоплакия шейки матки. Этиология. Диагностика. Лечение.
15. Полипы шейки матки. Диагностика. Лечение.
16. Предрак шейки матки. Этиология. Диагностика и лечение.
17. Предрак шейки матки. Классификация. Диагностика. Лечение с учетом возрастных периодов и репродуктивной функции.
18. Рак шейки матки. Этиология. Патогенез. Стадии рака шейки матки.
19. Рак шейки матки. Методы стадирования. Лечение с учетом стадии рака шейки матки.
20. Рак шейки матки, стадии. Место ЭМА в лечении больных с раком шейки матки.
21. Методы диагностики в патологии эндометрия.
22. Классификация пролиферативных процессов эндометрия. Методы диагностики.
23. Гиперпластические процессы эндометрия: клиника, УЗИ критерии с учетом возрастного периода жизни женщин.
24. Полипы эндометрия. УЗИ признаки. Клиника. Лечение.
25. Рак эндометрия. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Рак эндометрия. Стадии. Лечение.
27. Рак эндометрия. Два патогенетических варианта. Диагностика. Лечение.
28. Алгоритм обследования пациенток с патологическими выделениями из влагалища.
29. Принципы консервативного лечения пациенток с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки.
30. Методы хирургического лечения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Показания.
31. Диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза.
32. Бактериальный вагиноз. Этиология, диагностика, лечение.
33. Кандидозный вульвовагинит. Этиология, диагностика, лечение.
34. Трихомонадный вульвовагинит. Этиология, диагностика, лечение.
35. Апоплексия яичника, болевая форма. Клиника, диагностика, тактика ведения, методы профилактики.
36. Геморрагическая форма апоплексии яичника. Клиника, диагностика.
37. Диагностика геморрагического шока, тактика ведения, выбор доступа оперативного

- вмешательства.
38. Внематочная беременность. Клиника, диагностика и лечение прогрессирующей трубной беременности.
 39. Трубная беременность. Клиника. Тактика ведения.
 40. Разрыв маточной трубы. Клиника. Диагностика. Оказание неотложной помощи.
 41. Трубный аборт. Клиника. Диагностика. Лечение.
 42. Аденомиоз. Клиника, диагностика и лечение.
 43. Современные представления о классификации аденомиоза.
 44. Роль лучевых методов в постановке диагноза аденомиоза.
 45. Дополнительные возможности трехмерной эхографии и гидросонографии в неинвазивной и миниинвазивной диагностике различных форм аденомиоза.
 46. Узловая форма аденомиоза, особенности диагностики и лечения.
 47. Диффузный аденомиоз, особенности диагностики и лечения.
 48. Аденомиоз: патогенез, факторы риска, современные методы диагностики.
 49. Эндометриоз. Классификация. Современные методы диагностики. Принципы терапии.
 50. Экстрагенитальный эндометриоз: особенности клиники, диагностики, лечения.
 51. Место гормональной терапии в лечении эндометриоза.
 52. Доброкачественные эпителиальные опухоли яичников, современные принципы диагностики.
 53. Пограничные опухоли яичников, принципы лечения с учетом репродуктивных планов.
 54. Возможности ранней диагностики рака яичников.
 55. Принципы оперативного лечения опухолей яичников.
 56. Классификация рака яичников, принципы лечения с учетом стадии заболевания.
 57. Герминогенные опухоли яичников, современные подходы в диагностике и лечении.
 58. Неэпителиальные злокачественные опухоли яичников, особенности предоперационной диагностики.
 59. Современные методы диагностики опухолей стромы полового тяжа.
 60. Миома матки. Топографо-анатомическая и морфологическая классификация.
 61. Диагностический алгоритм обследования миомы матки у пациенток с различной топографией миоматозных узлов. Дифференциальная диагностика.
 62. Миома матки. Органосохраняющие методы лечения.
 63. Миома матки. Показания к оперативному лечению. Виды оперативного вмешательства.
 64. Субмукозная миома матки. Клиника, диагностика, лечение.
 65. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Показания для эмболизации. Осложнения после ЭМА.
 66. Классификации пороков развития мюллеровых протоков.
 67. Методы диагностики аномалий мюллеровых протоков.
 68. Роль методов лучевой диагностики в интерпретации, классификации аномалий мюллеровых протоков.
 69. Место гистероскопии, лапароскопии в диагностике АМП.
 70. Синдром Рокитанского-Кюстера-Майера: эмбриональные аспекты формирования порока, клиника, диагностика, лечение.
 71. Атрезия гимена: клиника, диагностика, лечение, возможные проявления в периоде новорожденности.
 72. Классификация бесплодия. Роль мужского и женского фактора бесплодия.
 73. Методы неинвазивной диагностики женского фактора бесплодия.
 74. Методы инвазивной диагностики женского фактора бесплодия.
 75. Маточный фактор бесплодия. Этиология и патогенез, методы диагностики, возможные принципы лечения.
 76. Консервативные и хирургические методы лечения маточного фактора бесплодия.
 77. Эндокринный фактор женского бесплодия, причины, методы диагностики и коррекции бесплодия.
 78. Синдром преждевременного истощения яичников и бесплодие, патогенез, методы

- диагностики и коррекции.
79. Метаболический синдром и бесплодие, патогенез, методы диагностики и коррекции.
 80. Классификация гормональных контрацептивов, их состав.
 81. Внутриматочная контрацепция. Эффективность, показания к использованию, противопоказания, осложнения.
 82. Осложнения гормональной контрацепции.
 83. Контрацептивные и неконтрацептивные преимущества гормональной контрацепции.
 84. Правила подбора контрацепции. Необходимое обследование перед назначением, критерии приемлемости.
 85. Барьерные методы контрацепции. Эффективность, преимущества и недостатки.
 86. Хирургические методы контрацепции. Эффективность, показания к проведению стерилизации, преимущества и недостатки.
 87. Экстренная контрацепция. Виды, осложнения.
 88. Подростковая контрацепция.

Ситуационные задачи Задача 1

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к врачу-генетику с целью планирования беременности. Кариотип пациентки – 46, XX, t (4; 5) (p16; p13) (реципрокная транслокация между хромосомами 4 и 5. Сбалансированная).

Соматический анамнез неотягощен. Браке 1, брак неродственный. Вредные привычки и профессиональные вредности отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает.

Паритет: Беременностей – 2. Родов -1. Абортов -1.

1-я беременность – 2017 г. – самопроизвольные роды 5 лет назад, родилась девочка массой 3500 г, 54 см, без осложнений. Ребенок здоров.

2-я беременность – 2020 г. – прерывание беременности по медицинским показаниям в 19 – 20 недель. По данным молекулярно – генетического исследования у плода выявлена несбалансированная транслокация между короткими плечами 5 и 4 хромосом).

Учитывая высокий риск рождения ребенка с хромосомной аномалией у пациентки с носительством сбалансированной транслокации, генетиком даны рекомендации по планированию беременности и прегравидарной подготовке. При проведении ЭКО – проведение преимплантационного генетического тестирования (ПГТ-А), при самостоятельном наступлении беременности – инвазивной пренатальной диагностики с 10 недели.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. ИМТ 22 кг/м².

По прошествии трех месяцев от первичного приема генетика наблюдаемая пришла на прием к врачу женской консультации для постановки на учет по беременности. По данным ультразвукового исследования, выполненного в 6 недель, подтверждена прогрессирующая маточная беременность.

Диагноз: Беременность 10 недель и 5 дней. Прогрессирующая. Высокий риск развития хромосомной аномалии.

Врачом акушером-гинекологом назначена консультация генетика.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз относительно пролонгирования беременности пациентки.
3. Тактика ведения пациентки при настоящей беременности.
4. Понятие пренатальная диагностика. Методы инвазивной пренатальной диагностики.
5. Методы генетического исследования.

Задача 2

Беременная Н. 42 лет обратилась в приемное отделение родильного дома с жалобами на боли тянущего характера в левой подвздошной области, тошноту. Дома отмечала однократную рвоту.

Анамнез: Первая беременность закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в связи с острой гипоксией плода, развившейся в первом периоде родов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок здоров.

Вторая беременность закончилась преждевременными родами при сроке гестации 36 недель. Операция была произведена в экстренном порядке в связи с угрозой разрыва матки по рубцу. Ребенок здоров.

Данная беременность 3. Самопроизвольная. Протекала без осложнений. Срок беременности при поступлении в стационар 39 недель 5 дней.

Объективный статус без особенностей. Рост 158 см, вес 95 кг. АД 130/80 мм. Рт. Ст. на обеих руках. Пульс 78 уд в минуту.

Наружное акушерское исследование: Матки увеличена соответственно сроку доношенной беременности. В нормальном тоне. При пальпации отмечается локальная болезненность над лоном больше слева. Положение плода продольное. Предлежит головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 145 уд в минуту. Воды целы.

Влагалищное исследование: Шейка матки расположена в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Данные УЗИ:

В матке 1 плод в головном предлежании, размеры соответствуют доношенной беременности ПМП 3200 ± 200 грамм. Плацента расположена в дне матке, 3 степени зрелости, толщиной 38 мм. Вод несколько меньше нормы. Толщина миометрия в области нижнего маточного сегмента 1,3 – 1,5 мм, слева – истончен до 0,8 мм.

Диагноз: Беременность 39 недель 5 дней. Головное предлежание. Несостоятельный рубец на матке после 2х операций кесарева сечения. Угроза гистопатического разрыва. Запланировано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Экстренно на каталке подана в операционную.

В момент переключивания беременной на операционный стол возникли резкие боли внизу живота, рвота. Матка пришла в гипертонус и не расслабляется. Из половых путей появились обильные кровяные выделения. Сердцебиение плода уредилось до 90 ударов в минуту, не восстанавливается.

Задание к ситуационной задаче:

1. Полный клинический диагноз.
2. Обосновать выбор метода лапаротомии и обезболивания.
3. Какие специалисты должны быть вызваны в операционную для оказания дополнительной медицинской помощи?
4. Какие ошибки были допущены при ведении данной беременной на амбулаторном этапе?

Задача 3

Беременная А., 28 лет, поступила в акушерский стационар II уровня в связи с жалобами на отошедшую слизистую пробку, излитие вод дома, болезненные схватки, которые начались 3 часа назад.

Анамнез: беременность вторая, самопроизвольная (срок по первому дню последней менструации 39 недель). Предыдущая беременность 3 года назад, искусственный аборт в сроке 7 недель, без осложнений.

Первая и вторая половины беременности протекали без осложнений. Общая прибавка веса за беременность составила 15 кг.

При госпитализации: Состояние удовлетворительное, спокойное. Телосложение правильное, рост 166 см, вес 68 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 140 / 90 мм.рт.ст. на обеих руках, PS – 98 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,6°C.

Акушерский статус: Размеры таза 26-29-32-21, ВДМ – 36 см., ОЖ – 100 см. Предполагаемая масса плода 3500 гр. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. В 1 мин. За 10 минут

наблюдается 5-6 схваток через 1-1,5 минуты по 40-50 секунд, сильные, болезненные.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по передней стенке, толщиной 35 мм. III степени зрелости. ПМП – 3500 г. Околоплодные воды – нормальное количество.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, края ее растяжимые, тонкие, открытие 6 см, плодного пузыря нет, воды отошли дома до начала родовой деятельности, предлежит головка, в узкой части малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, впереди, ниже большого. Кости черепа обычной плотности.

Диагноз: Беременность 39 недель. I затылочное предлежание, передний вид. I период быстрых родов, преждевременное излитие околоплодных вод.

План ведения родов: Роды вести выжидательно с регуляцией родовой деятельности на фоне мониторингового наблюдения за сократительной деятельностью матки и состоянием плода, профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 1 час, несмотря на введение бета-миметиков регуляция родовой деятельности не удалась, сократительная деятельность матки усилилась, появились потуги. При кардиомониторном исследовании стала определяться тахикардия плода до 180-200 уд/мин.

Влагалищное исследование: Открытие шейки матки полное, головка находится на тазовом дне. Воды подтекают с мекониальным окрашиванием.

Диагноз: Беременность 39 недель. Быстрые роды. Преждевременное излитие околоплодных вод. Острый дистресс плода.

План ведения родов: Роды закончить наложением вакуум-экстрактора и проведением эпизиотомии. Провести профилактику кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 15 минут после наложения вакуум-экстрактора родился живой доношенный мальчик массой 3420 г., длиной 50 см. Оценка по Апгар 5\7 баллов, ребенок передан неонатологу.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения родов (с указанием признаков быстрых родов на партограмме и дистресса плода на кардиотокограмме).
3. Какие недочеты при ведении родов были допущены?
4. Заключительный диагноз и его обоснование?

Задача 4

Беременная С. 26 лет обратилась в женскую консультацию стационара 3 уровня с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице, мажущиеся кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез: беременность вторая, самопроизвольная (срок по первому дню последней менструации 8 недель). Предыдущая беременность 3 года назад, самопроизвольный аборт в сроке 7 недель, без осложнений. Работает на полевом участке с пестицидами и гербицидами в течении 3 лет.

При госпитализации: телосложение правильное, рост 165 см, вес 58 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 110/70 мм рт. Ст. на обеих руках. PS – 78 уд/мин. Ритмичный, температура тела 36,6°C.

Акушерский статус: без патологии, величина в крови бета-ХГЧ – 3000 МЕ, низкое, из половых путей мажущие кровянистые выделения.

По данным УЗИ: величина эмбриона соответствует 6-7 беременности, сердечных сокращений не определяется, регистрируется небольшая отслойка плаценты, длина шейки матки составляет 2 см, ширина зева – 1,2 см.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшее, матка соответствует 6-недельной беременности, шейка матки сглажена, канал пропускает кончик пальца. Выделения кровянистые, незначительные.

Диагноз: Замершая беременность 8 недель, начавшийся выкидыш.

План ведения: произвести инструментальное удаление плодного яйца с последующим его морфологическим исследованием. Провести генетическое консультирование супругов.

Проведенные мероприятия: при инструментальном удалении плодного яйца и слизистой матки осложнений не произошло, патологии эмбриона при морфологическом исследовании не выявлено, генетическое консультирование наследственной патологии супругов не установило.

Диагноз: Замершая беременность 8 недель, пренатальное повреждение эмбриона гербицидами и пестицидами, начавшийся выкидыш.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?
2. План ведения?
3. Какие недочеты при ведении пациентки были допущены?
4. Заключительный диагноз и его обоснование?

Задача 5

В приемное отделение родильного дома II уровня поступила пациентка Д. 28 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота каждые 5-6 минут по 30 секунд и излитие околоплодных вод.

Из анамнеза: Гинекологический и соматический анамнез не отягощен. Беременность первая, самопроизвольная. Пациентка наблюдалась в ЖК с 8 до 22 недели беременности, далее в связи с переездом к врачу-акушеру-гинекологу не обращалась. Течение настоящей беременности без особенностей. С начала беременности принимала 400 мкг фолиевой кислоты в день.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ.

Хронические заболевания отрицает. Травмы, операции, переливания крови отрицает. Аллергических реакций нет. Гинекологические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Мужу 31 год, здоров.

Данные наружного осмотра: Телосложение правильное, рост 164 см, вес 80 кг.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Органы дыхания, пищеварения, мочевыделительная система без изменений. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 120/80 мм рт. Ст. Пульс 72 уд. В мин., ритмичный. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. Молочные железы при пальпации не изменены.

Акушерский статус: Размеры таза: d. Sp. 26 см, d. Cr. 29 см, d. Tr. 31 см, с. Ext. 21 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 38 см, ОЖ – 96 см. Срок беременности по первому дню последней менструации 40 недель. Срок беременности по I скринингу 39 недель и 1 день. Приемы Леопольда – положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130-140 уд. В 1 мин., определяется слева ниже пупка. Предполагаемая масса плода = 3600 г.

Пациентка госпитализируется в родовое отделение.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие шейки матки 7-8 см. Предлежит головка плода прижата ко входу в малый таз. Определяется: стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого. Мыс не достигается. Кости таза без особенностей. Воды подтекают, светлые.

В родовом боксе предъявляет жалобы на интенсивные, болезненные схватки.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и обоснование.
2. Укажите и обоснуйте оптимальный метод обезболивания.
3. План ведения родов по периодам.
4. Перечислите признаки отделения плаценты и методы выделения последа.

Задача 6

Беременная В., 32 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на учет в связи с предполагаемой беременностью с жалобами на отсутствие менструаций в течение 2 месяцев (10 недель), тошноту по утрам, до приема пищи.

Анамнез: Перенесенные заболевания: Корь, краснуха в детстве.

Хронические заболевания отрицает. Травмы, операции, переливания крови отрицает. Аллергических реакций нет. Лекарственных препаратов на постоянной основе не принимает. Врача акушера-гинеколога не посещала. Гинекологические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет. Мужу 34 года, здоров.

Менструация с 13 лет по 5-6 дней через 28-29 дней, регулярная, безболезненная. Последние три месяца менструация не наступала. Тест на беременность-положительный. Беременность первая, самопроизвольная. Телосложение правильное, рост 167 см, вес 58 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Телосложение правильное, отеков нет. Молочные железы при пальпации не изменены. Органы дыхания, пищеварения, мочевыделительная система без патологии. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 110 / 70 мм рт. Ст. на обеих руках, PS – 78 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,6°С.

По данным УЗИ:

В полости матки одно плодное яйцо. Эмбрион 1. СБ «+». Яичники и трубы с двух сторон без особенностей. Заключение: Беременность 9-10 недель.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Тактика врача женской консультации при первом визите данной пациентки.
3. Порядок лабораторных исследований при постановке на учет в женскую консультацию.
4. Рекомендации и назначения данной пациентке.

Задача 7

Беременная Р., 29 лет, поступила в акушерский стационар II уровня в связи с жалобами на боли внизу живота, которые начались 3 часа назад.

Анамнез: беременность вторая, самопроизвольная (срок по первому дню последней менструации 39 недель). Предыдущая беременность 3 года назад, искусственный аборт в сроке 7 недель, без осложнений.

Первая половина беременности протекала без осложнений. Во второй половине беременности. В сроке 35 недель однократно выявлялась протеинурия 0,3 г/л, при дальнейшем обследовании протеинурия выявлена не была. Общая прибавка веса за беременность составила 15 кг.

При госпитализации: Телосложение правильное, рост 166 см, вес 68 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 110 / 70 мм.рт.ст. на обеих руках, PS – 78 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,6°С.

Акушерский статус: Размеры таза 26-29-32-21, индекс Соловьева – 15 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 35 см., ОЖ – 101 см. Предполагаемая масса плода 3500 гр. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. В 1 мин. Схватки через 4-5 минут по 30 секунд, умеренной силы, болезненные.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по передней стенке, толщиной 35 мм. III степени зрелости. Предполагаемая масса плода 3500 гр. Околоплодные воды – нормальное количество.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, края ее растяжимые, тонкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, кпереди, ниже большого. Кости черепа обычной плотности. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз: Беременность 39 недель. I затылочное предлежание, передний вид. I период родов.

План ведения родов: Роды вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 1 час после поступления: жалобы на болезненные схватки, излитие вод. Влагалищное исследование: Шейка сглажена, открытие 6 см, плодный пузырь отсутствует,

предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, кпереди, ниже большого. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Воды подтекают светлые.

Диагноз: Беременность 39 недель. I затылочное предлежание, передний вид. I период родов.

План ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, профилактика кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.

Через 1 час 30: минут родился живой доношенный мальчик 3520 гр. 50 см. Оценка по Апгар 8\9 баллов, ребенок передан неонатологу.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?
2. План дальнейшего ведения родов (с указанием возможных признаков отделения плаценты и методов выделения последа)?
3. Какие недочеты при ведении родов были допущены?
4. Заключительный диагноз (при нормальном течении III периода родов) и его обоснование?

Задача 8

В акушерский стационар II уровня поступила пациентка П. 32 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза: Гинекологический и соматический анамнез не отягощен. Беременность вторая, самопроизвольная. Первая беременность закончилась преждевременными родами в сроке 33 недели (родился живой недоношенный мальчик 1700г, Апгар 6/7 баллов, выписан на 2 этап выхаживания через 1 неделю).

Течение настоящей беременности. С момента постановки на учет в женской консультации (7 – 8 недель), учитывая преждевременные роды в анамнезе, получает микронизированный прогестерон 200мг.

Шейка матки при УЗ цервикометрии в 21 – 22 нед. – 29 мм.

С 22 недель с целью профилактики преждевременных родов пациентке рекомендован прием витамина Д, ограничение физической и половой активности.

В 30 – 31 неделю находилась на стационарном лечении по поводу угрожающих преждевременных родов. Шейка матки при УЗ цервикометрии – 27 мм. Было проведено лечение: гексопреналин в\в с положительным эффектом. Проведена профилактика РДС плода дексаметазоном. Выписана домой спустя 10 дней.

Через 3 недели появились схваткообразные боли внизу живота.

При госпитализации: Телосложение правильное, рост 163 см, вес 65 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 110 / 70 мм.рт.ст. на обеих руках, PS – 70 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,6°С.

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-31-20, индекс Соловьева – 14 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 30 см., ОЖ – 80 см. Срок беременности по первому дню последней менструации 33 недели и 2 дня. Размеры матки соответствуют 33 – 34 нед. Беременности. Матка возбудима при пальпации. Приемы Леопольда – положение плода продольное, предлежание головное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. В 1 мин.

В приемном отделении проведено влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки при влагалищном исследовании отклонена кзади, неравномерно размягчена, длиной 1,0 см, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по передней стенке, толщиной 35 мм. I степени зрелости. Предполагаемая масса плода 1900 гр. Околоплодные воды – нормальное количество.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?

2. План дальнейшего ведения беременности и план ведения родов?
3. Назовите препараты первой и второй линий при лечении угрожающих преждевременных родов. Назовите показания для использования Магния сульфата.
4. Какие недочеты при ведении беременности были допущены?

Задача 9

Беременная П., 26 лет, стоит на учете в ЖК с 11 недель беременности. Обратилась к врачу ЖК для очередного осмотра, после проведения глюкозо-толерантного теста. Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Анамнез: Пациентка соматически неотягощена. Ранее у специалистов не наблюдалась. Нарушений углеводного обмена не выявлялось. Мама и сестра пациентки страдают СД II типа.

Беременность первая. Самопроизвольная (срок по первому дню последней менструации 26 недель).

Физикальные данные: при осмотре рост-168 см, масса тела-75 кг, ИМТ-26,6. АД-120/80 мм.рт.ст., ЧСС-76 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Акушерский статус: Размеры таза 26-29-33-21, индекс Соловьева – 14 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 28 см., ОЖ – 75 см. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Матка в нормотонусе, при пальпации мягкая, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин.

Лабораторные данные: ПГТТ концентрация глюкозы венозной плазмы: натощак- 5,0 ммоль/л. Через 1 час-12 ммоль/л. Через 2 часа- 10 ммоль/л

По данным УЗИ: С/б +, предлежание головное. Размеры плода соответствуют 28 неделям беременности. ПМП 1200-1300 г. Плацента по передней стенке, толщиной 26 мм, степень зрелости 2. Околоплодные воды-нормальное количество.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Какие дополнительные обследования необходимо назначить и с какой целью?
3. Перечислите УЗИ критерии диабетической фетопатии?
4. Лечение? Нужно ли назначать инсулинотерапию в данной клинической ситуации? В каких ситуациях необходимо назначать инсулинотерапию?
5. План дальнейшего ведения беременности и родов? В каком сроке необходимо родоразрешение?

Задача 10

Беременная Н., 28 лет, доставлена скорой медицинской помощью в акушерский стационар, с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов, боли в поясничной области. Срок беременности 32 нед. 4 дня.

Анамнез: В анамнезе – хронический тонзиллит, обострения 1 раз в 2-3 года.

Беременность первая, самопроизвольная. Стоит на учете в ЖК с 13 недель беременности. В 15-16 недель беременности перенесла ОРВИ, с повышением температуры тела до 37-38 градусов.

Физикальные данные: при осмотре рост-170 см, масса тела-70 кг, ИМТ-24,2. Кожные покровы бледно-розовые, горячие на ощупь. Отмечается пастозность голеней и стоп. АД-120/80 мм.рт.ст., ЧСС-76 уд/мин, тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Акушерский статус: Размеры таза 26-29-33-21 см., индекс Соловьева – 14 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 32 см., ОЖ – 75 см. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Матка в нормотонусе, при пальпации мягкая, безболезненная. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд. В мин.

Лабораторные данные: Клинический анализ крови: эритроциты- 2,8 x 10¹²/л,

гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты 20 х 10⁹/л, п/я- 16%, СОЭ – 45 мм/час.

Анализ мочи: белок – 0,8 г, лейкоциты – 30 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, бактерии +.

По данным УЗИ: Диффузные изменения в паренхиме почек, расширение чашечно-лоханочного комплекса справа.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Оцените данные исследований?
3. Какое имеется осложнение у данной пациентки?
4. План ведения и лечения? Как оценить эффективность назначенной терапии?
5. Какие возможны осложнения в послеродовом периоде при данной патологии?

Задача 11

Пациентка А., 42 лет, обратилась к врачу акушеру – гинекологу женской консультации с жалобами на невынашивание беременности. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузии отрицает. Тромбозы, инфаркты и инсульты у близких родственников в возрасте до 50 лет отрицает. Соматический анамнез: гипотиреоз. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные. Гинекологические заболевания: выскабливания матки в анамнезе. В браке, брак 1. Мужу 27 лет, практически здоров, вредные привычки отрицает.

Паритет. Беременностей было 2 Родов – 0 Выкидышей (самопроизвольных аборт) – 2.

1 – я беременность – 2020 г. – выкидыш (самопроизвольный аборт) в сроке 6 – 7 недель – выскабливание матки. Заключение цитогенетического исследования – 69, XXУ. 2 – я беременность – 2021 г. – выкидыш (самопроизвольный аборт) в сроке 8 – 9 недель – кровотечение, выскабливание матки. Цитогенетическое исследование не проводилось.

По данным ультразвукового исследования, проведенного через 3 месяца после эпизода невынашивания беременности, толщина М-эхо: 4 мм, контуры ровные. Структура эндометрия неоднородная. В дне – участок неоднородной структуры размерами 11х6 мм, регистрируется кровоток. Произведена гистероскопия, выскабливание матки. Данные гитологического заключения: «остатки» плодного яйца.

Телосложение нормостеническое. Рост 175 см, вес 75 г. ИМТ 24,5 кг/м². АД 100/60 ММ РТ.СТ., PS 76 уд. В мин.

Оценка гинекологического статуса – патологии не выявило.

По данным серии эхографических исследований, выполненных в динамике на 21- 24 день менструального цикла, выявлены эхо-признаки несоответствия эндометрия дню менструального цикла (толщина М-эхо – от 3,6 до 6,3 мм), неровность контуров и гиперэхогенные включения.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования пациентки на первоначальном этапе.
3. Какие этиологические факторы привычного невынашивания беременности присутствуют у пациентки.
4. Тактика верификации диагноза «хронический эндометрит» у данной пациентки. Основные принципы лечения данного состояния.

Задача 12

Беременная И., 29 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение родильного дома в сроке 39 недель с жалобами на схватки, головную боль.

Из анамнеза: в детстве в.оспа; операции, травмы, соматические заболевания отрицает. Наследственность: у матери тромбоз вен нижних конечностей в 40 лет

Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, по 5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные.

Репродуктивный анамнез: данная беременность II, самопроизвольная.

Первая беременность 5 лет назад завершилась самопроизвольными родами через естественные родовые пути в 38-39 недель гестации. Была госпитализирована заранее в связи с преэклампсией. Проводилась подготовка шейки матки к родам антигестагенами и катетером Фолея.

Течение настоящей беременности:

Состоит на учете в женской консультации с 8 недель.

Первый триместр протекал без осложнений. Выполнен скрининг I триместра. Срок беременности на момент УЗИ 12 нед – КТР 54 мм. Риск хромосомных аномалий и ЗРП низкий, ПЭ – высокий.

Второй триместр протекал без особенностей. Со слов пациентки в течение 1 и 2 триместров принимала только поливитамины

В третьем триместре беременности с 32 недель отмечает отечность голеней и стоп, с 36 недель повышение артериального давления до 140/100 мм.рт.ст. На прием в женскую консультацию не ходила, при повышении артериального давления самостоятельно принимала коринфар

ОПВ 23 кг

Status presents: Телосложение правильное, рост 164 см, вес 76 кг.

АД 160 /110 мм рт.ст. на обеих руках, PS – 80 уд/мин, ритмичный, напряженный, температура тела 36,7°C. Предъявляет жалобы на мелькание мушек перед глазами

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-31-21, Окружность лучезапястного сустава 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 37 см., ОЖ – 96 см. Предполагаемая масса плода 3300 г. СБ +, 140 уд/мин (прослушано акушерским стетоскопом).

Положение плода продольное, предлежит головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. В 1 мин. Схватки через 2- 3 минуты по 45 секунд, умеренной силы, болезненные.

Врачом приемного отделения выполнено влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Открытие шейки матки 8 см, при осмотре излилось 500 мл зеленых околоплодных вод. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок кпереди справа ниже большого. Мыс крестца не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Пациентка на каталке транспортирована в родильное отделение. При переключивании на кровать начались схватки потужного характера, подергивания мимической мускулатуры лица, спутанность сознания. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд в мин.

Выполнено влагалищное исследование: Открытие полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере ближе к прямому, малый родничок спереди справа почти под лоном ниже большого. Седалищные ости, мыс крестца и лонное сочленение пропальпировать не представляется возможным. Воды подтекают, зеленые.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите способ родоразрешения, обоснуйте и подробно опишите методику его выполнения.
3. Какие ошибки были допущены врачами женской консультации, скорой помощи приемного отделения?
4. В каком отделении должна проходить лечение пациентка в течение первых суток после родоразрешения?

Задача 13

Роженица Д., 28 лет, поступила в акушерский стационар III уровня в связи с начавшейся родовой деятельностью в срок ожидаемых родов.

Анамнез: I беременность 3 года назад закончилась своевременными родами без осложнений. Масса новорожденного 3000 гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

Данная беременность II, протекала без осложнений.

При госпитализации: Телосложение правильное, рост 160 см, вес 62 кг. Со стороны

внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт. Ст. на обеих руках, PS – 80 уд/мин., ритмичный, температура тела 36,7°C.

Акушерский статус: Размеры таза 25-28-30-20 см, индекс Соловьева – 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 42 см, ОЖ – 102 см. Предполагаемая масса плода 4000-4200 г.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. В 1 мин. Схватки через 4-5 минут по 30 секунд, умеренной силы, болезненные.

По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по задней стенке, толщиной 3,8 см. III степени зрелости. Предполагаемая масса плода 4000 гр.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, края ее растяжимые, тонкие, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого, большой справа кзади. Кости черепа обычной плотности. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз: Беременность 40 недель. I затылочное предлежание, передний вид. I период родов. Крупный плод.

План ведения родов: Роды вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III периоде родов. Учитывая крупный плод, проводить функциональную оценку таза. При выявлении несоответствия между размерами таза и головки – родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Учитывая болезненные схватки, пациентке предложена эпидуральная анестезия, от которой она отказалась.

Через 3 часа излились светлые околоплодные воды. При наружном исследовании головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 130-140 уд. В 1 мин. Симптом Вастена положительный. Размер Цангемейстера 20 и 21 см.

При влагалищном исследовании определено открытие шейки матки 8 см. Плодного пузыря нет. Головка плода с признаками конфигурации прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди ниже большого, большой справа кзади.

План ведения родов: Учитывая удовлетворительное состояние плода, отсутствия полного раскрытия матки, роды решено продолжить вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.

Через час родовая деятельность усилилась, схватки стали резко болезненными. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

Матка приобрела форму песочных часов. Контракционное кольцо расположено косо, над лоном – образование эластической консистенции (впечатление переполненного мочевого пузыря), круглые связки матки расположены асимметрично, головка остается прижатой ко входу в таз. Симптом Вастена положительный. Размер Цангемейстера 20 и 21 см. На КТГ отмечается брадикардия до 80 уд/мин., сердцебиение плода не восстанавливается. Моча выпущена катетером – 100 мл., светлая.

Влагалищное исследование: Открытие шейки матки почти полное, определяется спереди край отечной шейки. Головка остается в том же положении – прижата к входу в малый таз, конфигурирована, намечается образование родовой опухоли. Выделения слизистые.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование
2. Дифференциальный диагноз
3. Какие нарушения допущены при ведении родов
4. План ведения родов.

Задача 14

Пациентка 36 лет поступила в приемное отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, увеличение живота в объеме.

Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации по 5-6 дней через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На момент поступления 8 день

менструального цикла. Беременность 1, своевременные роды без осложнений. У гинеколога наблюдается нерегулярно, гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: температура тела 36,7°C. По органам и системам патологии не выявлено. АД 110/70 мм рт. Ст., пульс – 74 уд/мин. Молочные железы мягкие, безболезненные при исследовании, кожные покровы не изменены, ареола не изменена, отделяемого нет. При осмотре живот увеличен в объеме за счет образования, исходящего из малого таза, верхний полюс которого находится на 2 см выше пупка, размерами до 25 см, ограничено подвижное, безболезненное, тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью при пальпации.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. **Осмотр шейки матки при помощи зеркал:** слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета; шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, выделения из цервикального канала слизистые. **Влагалищное исследование:** шейка матки отклонена кпереди и вправо, нормальной длины и консистенции, тракции за шейку матки безболезненные. Малый таз и брюшную полость занимает образование, верхний полюс которого на 2 см выше пупка, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Тело матки, придатки отдельно пропальпировать не представляется возможным. Своды уплощены. **Ректовагинальное исследование:** слизистая ампулы прямой кишки гладкая, ампула свободная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована. На перчатке кал обычной окраски

УЗИ малого таза. Тело матки 33,0*30,0*34,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо 6,2 мм средней эхогенности, однородное. Шейка матки: 34,3*29,1 мм структура однородная, эндоцервикс 4 мм однородный. Левый яичник 2,1*18,0*19,3 мм, с фолликулами. Малый таз и брюшную полость занимает многокамерное жидкостное образование 250*180*200 мм, содержимое негустая крупнодисперсная взвесь, в структуре множественные разнонаправленные перегородки, толщиной от 1,2 до 3,4 мм. Капсула до 4мм, внутренняя поверхность капсулы и перегородки, доступные визуализации, четкие, ровные, пристеночные разрастания не определяются. При ЦДК кровотоков в капсуле среднерезистентный (ИР 0,48-0,53) в виде единичных локусов. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, эритроциты $4,58 \cdot 10^{12}/л$, MCV 60,9 фл, MCH 19,6 пг, RDW16,0%, лейкоциты $9,2 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $241 \cdot 10^9/л$.

Задание к ситуационной задаче:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения.

Задача 15

Пациентка 46 лет поступила в приемное отделение в связи с продолжающимися кровяными выделениями из половых путей.

Акушерско-гинекологический анамнез: Менархе в 14 лет, менструации по 7-8 дней через 28-30 дней, обильные, болезненные, нерегулярные. На момент поступления 15 день продолжающихся кровяных выделений из половых путей. У гинеколога наблюдается нерегулярно, гинекологические заболевания ранее отрицает.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Молочные железы мягкие, кожные покровы не изменены, отделяемого из сосков нет. АД 120/80 мм рт. Ст. на обеих руках, Пульс – 74 уд/мин, ритмичный. По органам и системам без патологии. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета; шейка матки цилиндрической формы, не изменена, наружный зев щелевидный, выделения из цервикального канала – кровяные обильные. **Влагалищное исследование:** шейка матки нормальной длины и консистенции. Тракции за шейку

безболезненные, тело матки увеличено до 7-8 недель беременности, округлой формы, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, ограничено подвижное при исследовании. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

УЗИ малого таза: шейка матки 34,2*26,7 мм, обычной эхогенности с единичными кистами эндоцервикса до 5 мм, цервикальный канал расширен до 6 мм за счет неоднородного содержимого. Тело матки 68,2*69,1*64,0 мм, структура миометрия диффузно неоднородная, ячеистая, отмечается выраженная поперечная исчерченность, преимущественно по передней стенке, которая утолщена до 36,1 мм, по сравнению с задней стенки до 18,7 мм. М-эхо 9 мм повышенной эхогенности, неоднородное. Правый яичник 21,1*16,5*22,2 мм, с фолликулами до 5 мм; левый яичник 19,6*16,0*19,3 мм, с фолликулами 5-6 мм. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Общий анализ крови: гемоглобин 81 г/л, эритроциты $3,58 \cdot 10^{12}/л$, MCV 60,9 фл, MCH 16,6 пг, RDW 16,0%, лейкоциты $7,6 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $241 \cdot 10^9/л$.

Задание к ситуационной задаче:

1. Клинический диагноз и его обоснование
2. Дифференциальный диагноз
3. Алгоритм обследования
4. Тактика лечения

Задача 16

Пациентка 37 лет, обратилась с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей в течение последних 2 недель, головокружение, слабость.

Акушерско – гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, цикл регулярный, по 6-7 дней, через 27-28 дней, безболезненные, обильные с менархе. Половая жизнь с 20 лет, в браке, предохранение – барьерная контрацепция. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся самостоятельными родами в срок. В послеродовом периоде беспокоили кровяные выделения из половых путей в течение месяца, проводилась гемостатическая терапия с положительным эффектом.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, аппендэктомия в детстве.

Анамнез заболевания: ПНМ началась в срок, две недели назад, продолжается по настоящее время. С детства отмечает эпизоды носовых кровотечений.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 162 см., масса 67 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты правильно, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы несколько бледной окраски, чистые. Температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Выделения из половых путей кровяные, умеренные. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения из цервикального канала кровяные, умеренные. **Влагалищное исследование:** шейка матки обычной консистенции, тракция за шейку безболезненна. Матка спереди, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды глубокие, безболезненные.

УЗИ малого таза: матка спереди, размерами 45 x 33 x 42 мм, миометрий обычной эхогенности, М-эхо 6-7 мм на всем протяжении, однородный. Яичники: справа 37 x 22 x 18 мм, с фолликулами до 6 мм в диаметре, слева 36 x 45 x 21 мм, с фолликулом до 17 мм в диаметре. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,04 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин- 100г/л, лейкоциты — $9,8 \cdot 10^9/л$.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Тактика.

Задача 17

Пациентка С. 30 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов, болезненные мочеиспускания. Данные жалобы беспокоят в течение последних 3-х дней.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, по 5 дней, через 28 дней умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация закончилась 4 дня назад. Беременностей 2, 1 роды – 5 лет назад без осложнений, 1 искусственный аборт – 2 года назад на малом сроке беременности, без осложнений. Половая жизнь с 20 лет. В настоящее время не замужем. Предохранение от беременности прерванный половой акт. Гинекологические заболевания отрицает.

Перенесенные заболевания: хронический гастрит, аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз.

Анамнез заболевания: Две недели назад сменила полового партнера. В течение последних 3-х дней беспокоят обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов, болезненные мочеиспускания.

Объективно: общее состояние пациентки удовлетворительное. Рост 162 см., масса 72 кг; отложение жировой клетчатки равномерное. Молочные железы развиты хорошо, при их пальпации патологических образований не выявлено, отделяемого из сосков нет. Кожные покровы чистые. Температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и влагалищной порции шейки матки гиперемированы, шейка матки цилиндрическая, не эрозирована, с наличием мелких, петехиальных кровоизлияний. В заднем влагалищном своде имеется скопление серых пенистых выделений. Выделения из цервикального канала слизистые, скудные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, слизистая оболочка складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см. Наружный зев закрыт, тракции за шейку матки безболезненны. Тело матки в anteversio- flexio, не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Свида влагалища глубокие, безболезненные.

Задание к ситуационной задаче:

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.

Задача 18

Пациентка, 44 года, обратилась с жалобами на обильные длительные менструации, повышенную утомляемость в течение последних 6 месяцев.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Половая жизнь с 19 лет, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. В анамнезе одна беременность, закончившаяся самопроизвольными родами.

Перенесенные заболевания: детские инфекции.

Анамнез заболевания: Последние полгода отмечает изменения менструального цикла: длительные, обильные. Последняя менструация началась 13 дней назад, обильная, длительная.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост-165 см, вес- 59 кг. Язык влажный, чистый. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая бледно- розовой окраски. Лимфатические узлы не увеличены. В легких аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/80 мм рт. Ст., пульс – 80 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу, выделения из цервикального канала слизистые. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, не изменена.

Влагалищное исследование: шейка обычной консистенции, наружный зев закрыт. Тракции за шейку матки безболезненные. Матка в anteflexio, anterversio, несколько увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки матки слева и справа не пальпируются, область их безболезненная.

УЗИ малого таза: МАТКА: топография не изменена, положение anteflexio контуры четкие, ровные, форма цилиндрическая. Размеры 54x45x44мм. Миометрий средней эхогенности. Допплерография: индекс резистентности — 0,65. Полость матки деформирована субмукозным узлом типа размерами до 3 см в диаметре, толщиной до 9 мм.

ЯИЧНИКИ: правый – 27x23x18 мм, фолликулярный аппарат представлен фолликулами до 7 мм в диаметре. Левый 35x29x26 с доминантным фолликулом до 13,6 мм в диаметре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: эхографические признаки миомы матки с подслизистым миоматозным узлом I типа.

Общий анализ крови: Лейкоциты – 7.70, Эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 106 г/л, гематокрит — 32, тромбоциты — 200, сывороточное железо — 8,5.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз.
2. План обследования. Обоснование диагноза. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Задача 19

Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемное отделение пациентка, 21 года, с жалобами на задержку менструации на 2 месяца, ноющие боли в нижних отделах живота, кровяные выделения из половых путей с примесью «пузырьков», тянущие боли внизу живота. Тест на беременность положительный. Гинекологический анамнез – менархе с 14 лет, установились сразу, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь в браке с 20 лет, последние 6 месяцев без контрацепции. У гинеколога наблюдается регулярно, гинекологические заболевания отрицает. Б-0. Последняя менструация два месяца назад. Объективно: общее состояние при поступлении удовлетворительное, Температура тела 36,6, Рост -174 см, вес- 72 кг. Язык влажный, чистый. Телосложение правильное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. Живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Гинекологический статус – наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Выделения из половых путей кровяные с округлыми прозрачными включениями до 1-2 мм в д-ре. В зеркалах: шейка матки конической формы, цианотичная, не эрозирована. Слизистая влагалища бледно-розового цвета. Выделения из цервикального канала кровяные, умеренные. Влагалищное исследование – тракции за шейку матки безболезненные. Шейка матки сформирована правильно, наружный зев приоткрыт, пропускает кончик пальца. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 12-13 недель беременности, тугоэластической консистенции, умеренно болезненное при пальпации. В области придатков матки справа пальпируются образования до 6-7 см, малоподвижные, безболезненные, туго — эластической консистенции. Параметрий не инфильтрирован. Своды глубокие, безболезненные. Клинико-лабораторное обследование: УЗИ малого таза – Тело матки -отклонена кпереди, контуры четкие, ровные, форма шаровидная, Размеры увеличены до 12-13 нед бер, миометрий обычной эхогенности. М-эхо – 30 мм неоднородной структуры с большим кол-вом жидкостных включений до 2-3 мм в д-ре по всему объему. Плодное яйцо, эмбрион не определяются. Яичники: правый 65-70 мм в диаметре, в структуре определяется жидкостное образование до 60 мм в диаметре с однородным содержимым, без кровотока. По периферии фолликулы до 6 мм в д-ре. Яичник слева 21-30 мм фолликулярный аппарат представлен фолликулами до 7 мм в д-ре. В малом тазу скудное кол-во свободной жидкости.

Заключение – эхо-графические признаки маточной беременности 12-13 нед бер, неполный выкидыш? Пузырного заноса? Лютеиновая киста правого яичника? Общий анализ крови: лейкоциты – 9,30 эритроциты – 3,00; Hb – 123 г/л; гематокрит- 28, тромбоциты – 174, гранулоциты- 81.5 %; лимфоциты-10,7; моноциты – 6,80%.

Задание к ситуационной задаче:

1. Какой предполагаемый диагноз? Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
2. Обоснование диагноза. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Тактика.

Задача 20

Пациентка 25 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла и избыточное оволосение на коже лица и груди.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 16 лет, менструации нерегулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 60-120 дней. Последняя менструация около 2 месяцев назад. Половая жизнь с 18 лет, использует барьерный метод контрацепции, регулярно.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, корь. **Объективно:** состояние при поступлении удовлетворительное. Рост-165 см, вес- 85 кг. ИМТ-31,22. Язык влажный, чистый. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. На лице в области носогубного треугольника и подбородка наблюдается избыточное оволосение. АД – 120/80 мм рт. Ст., пульс – 80 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет, вокруг сосков отмечается избыточное оволосение. Телосложение правильное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет.

Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей слизистые. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: шейка матки не изменена. Слизистая влагалища розовая, складчатая. **Влагалищное исследование:** тракции за шейку матки безболезненные. Матка в anteflexio, не увеличена, подвижная, при пальпации безболезненная. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. УЗИ органов малого таза: последняя менструация 2 месяца назад. Матка: положение anteflexio контуры четкие, ровные. Размеры: 45x40x48мм. Миометрий обычной эхогенности. Эндометрий толщиной до 15 мм, неоднородной структуры. Яичники: расположены в полости малого таза, размеры правый – 45x23x39 мм, фолликулярный аппарат представлен 12 фолликулами в наибольшем срезе от 5 до 8 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника 21,4 см³. Левый яичник размерами 46x25x40 мм, фолликулярный аппарат представлен 8 фолликулами в наибольшем срезе от 2 до 7 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, белочная оболочка утолщена, строма уплотнена. Объем яичника 24,4 см³. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Задача 21

Супружеская пара, находящаяся в браке 5 лет, обратилась за консультацией перед планированием беременности. Супруге 34 года, в анамнезе указаний на наличие беременности нет. Супругу 38 лет, второй брак, в первом браке 8 лет назад указал на две беременности, обе которые закончились неразвивающимися беременностями в сроке до 12 недель. Хронических

заболеваний не имеет, работает более 10 часов в сутки, работа – сидячая. У супруги в 19 лет аппендэктомия, без осложнений.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации регулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 27-30 дней. Половая жизнь с 25 лет, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. На протяжении последнего года от любых методов контрацепции супружеская пара

отказалась. **Объективно:** без особенностей. **Гинекологический осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно. **Осмотр при помощи зеркал:** слизистая влагалища розовая, складчатая, шейка матки не эрозирована. **Влагалищное исследование:** шейка матки обычной плотности, тракции – безболезненные. Тело матки в anteflexio, несколько увеличено, подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие, безболезненные. **УЗИ малого таза (5 день цикла):** Матка в anteflexio, контуры четкие, размеры 40x34x40 мм, миометрий ячеистой структуры. В дне определяется миома матки 4 типа 14 мм, гипоэхогенной структуры, с периферическим кровотоком с ИР 0,56. Полость матки не деформирована. М-эхо толщиной 5 мм, трехслойное. Шейка матки 34 мм, средней эхогенности, цервикальный канал тонкий, ровный. Яичники: правый – 32x23x16 мм, с фолликулами до 7 мм в диаметре (в срезе не более 8 фолликулов); левый – размерами 35x29x26 мм с фолликулами от 2 до 6 мм в диаметре, в нижнем полюсе определяется однокамерное образование 18 мм в диаметре, с четкими ровными контурами, толщина стенок до 2 мм, сетчатой аваскулярной структуры. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** 2 фаза цикла. Миома матки (4 тип). На протяжении последних 6 месяцев пациентка самостоятельно выполняла тесты на овуляцию – результат был положительным с 14 по 16 день каждого менструального цикла. Исследование на ИППП (инфекции не выявлены). Спермограмма мужа: нормозооспермия. 4 месяца назад пациентке была выполнена процедура ультразвуковой ГСГ: патологии не выявлено, маточные трубы проходимы для жидкости. Рекомендована прегравидарная витаминотерапия. Беременность до настоящего времени не наступила.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы диагностики.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Задача 22

Пациентка Т., 38 лет, находилась на стационарном лечении в отделении урологии с диагнозом Мочекаменная болезнь, уретерогидронефроз, в отделении урологии произведено стентирование мочеточника слева. По данным контрольного УЗИ почек и ОБП: патологии не выявлено, члс почек не расширена. Пациентка консультирована гинекологом, выявлены дополнения к анамнезу: боли в пояснице беспокоят на протяжении месяца, за последние полгода значительно потеряла в весе. Менструации с 13 лет, по 6 дней через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, в последние 5 лет половых контактов не было. В анамнезе 1 роды в 21 год, самостоятельные, без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический аднексит, бактериальный вагиноз. К гинекологу последние 10 лет не обращалась, цитологический скрининг не проходила, на наличие урогенитальных инфекций не обследована.

Объективно: Состояние при осмотре удовлетворительное, температура тела 37,3С. Рост 166см, вес тела 64 кг, телосложение правильное, подкожно-жировая клетчатка мало выражена. Язык влажный, чистый, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, с сероватым оттенком, чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в минуту, удовлетворительного наполнения, ЧДД 18 в минуту, АД- 120/70 мм рт ст. Молочные железы развиты правильно, симметричные, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный, симптомов раздражения брюшины и притупления в отлогах местах брюшной полости нет. Печень и

селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы: область почек не изменена, отеков нет, мочеиспускание свободное, не учащенное.

Гинекологический статус: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей сукровичные. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая на уровне правого бокового свода имеется неправильной формы дефект по типу циркулярного разрыва протяженностью до 2см с неровными краями без подтекания геморрагической или какой-либо жидкости. Шейка матки неправильной формы, на 18-23 часах условного часового циферблата деформирована с дефектом ткани шейки по типу втяжения и дефектами слизистой, кровяных выделений нет. Бимануальное (влагалищное) исследование: шейка матки укорочена справа, плотная, несмещается относительно оси таза при тракциях. Тело матки спереди, нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа и слева не пальпируются, область их безболезненна. Справа в боковом своде инфильтрация параметрия в виде тяжа, достигающего до стенки таза, передний, задний, левый боковой свода свободные, глубокие.

Клинико-лабораторные обследования:

УЗИ органов малого таза: тело матки нормальной величины 50-40-44мм, структура миометрия однородная, средней эхогенности, полость матки не деформирована, м-эхо 7мм однородной структуры (на 12 дмц), двуслойное. Шейка матки длиной 38мм, диаметром 44мм, структура шейки матки неоднородная, цервикальный канал не дифференцируется, при цдк по всему объему шейки матки множество эхосигналов васкуляризации. Яичники с 2-х сторон нормальной величины, 30-15мм с несколькими жидкостными включениями до 5мм и 1 жидкостным до 14мм, соответствующим доминантному фолликулу. Тазовые лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости в малом тазу нет. **Общий анализ крови:** эритроциты- $3,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин- 110 г/л, лейкоциты – $8 \cdot 10^9/л$, ЦП-0,9, гематокрит- 45%, ретикулоциты – 0,8%, тромбоциты – $220 \cdot 10^9/л$, СОЭ 40мм/ч. **Мазки на онкоцитологию:** группы клеток многослойного плоского эпителия, имеющие признаки злокачественности. **Расширенная кольпоскопия:** шейка матки цилиндрическая, зона трансформации 3-го типа, стык эпителиев не визуализируется, на 20-23 часах условного цифрового циферблата дефект эпителия и ткани шейки матки с локальным распадом, контактно кровоточит, наружный зев не дифференцируется, на остальных участках влагалищной порции шейки матки ацетобелый йод-негативный эпителий, атипические сосуды, пунктация, мозаика.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз, обоснование диагноза
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, определения тактики ведения и проведения дифференциальной диагностики
3. Дифференциальная диагностика
4. Тактика ведения, лечения

Задача 23

На консультативный прием обратилась пациентка, 40 лет с жалобами на обильные, болезненные менструации до 6–7 дней, слабость. Последние 4 месяца отмечает учащенное мочеиспускание.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет, в браке не состоит, беременностей не было, использует барьерный метод контрацепции, регулярно.

Перенесенные заболевания: детские инфекции

Анамнез заболевания: последняя менструация 9 дней назад, обильная, болезненная. Последние 2 года отмечает изменение характера менструации: обильные, продолжительные.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Рост 170 см, вес- 64 кг. Язык влажный, чистый. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/74 мм рт. Ст., пульс – 72 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не

увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. **Гинекологический осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей светлые. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Слизистая влагалища розовая, складчатая. Шейка матки деформирована, утолщена, отклонена кзади за счет миоматозного узла. **Влагалищное исследование:** тракции за шейку матки безболезненные. Шейка матки деформирована за счет миоматозного узла, пальпируется нижний полюс образования. Матка в anteflexio, anterversio, увеличена до 13-14 недель, подвижная, безболезненная, бугристая. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. **УЗИ малого таза:** Матка в anteflexio контуры четкие, ровные, форма цилиндрическая. Размеры 117×100×85 мм. Миометрий неоднородный за счет интерстициально-субсерозных миоматозных узлов диаметром 20, 25, 35 мм, расположенных по передней стенке матки. По передней стенке определяется перешеечный миоматозный узел 6 типа диаметром до 57 мм, по задней стенке в средней трети определяется миоматозный узел 2-5 типа размерами до 7 см в диаметре, который отклоняет полость матки кпереди. Эндометрий полулунной формы в сагиттальном срезе, толщиной до 6 мм, средней эхогенности. Структура миоматозных узлов слоистая, периферический кровоток с индексом резистентности — 0,60–0,65. Яичники правый: 30×22×18 мм, фолликулярный аппарат представлен фолликулами до 7 мм в диаметре. Левый 25×22×19 мм с фолликулами до 4 мм. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эхографические признаки множественной миомы матки с перешеечным расположением одного из узлов. Общий анализ крови: Лейкоциты – 6.50, Эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 105 г/л, гематокрит — 30, тромбоциты — 210, сывороточное железо — 7

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Задача 24

Пациентка 56 лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу после стационарного лечения, где выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки по поводу гиперплазии эндометрия без атипии, жалобы не предъявляет.

Акушерско-гинекологический анамнез: Постменопауза 16 лет. Беременностей не было. Ранее у пациентки было две гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием по поводу кровотечения в постменопаузе, по результатам патологоморфологического исследования: гиперплазия эндометрия без атипии, гормональная терапия не проводилась.

Объективно: по органам и системам без патологии. Молочные железы мягкие, кожные покровы не изменены, ареола не изменена, отделяемого нет. Физиологические отправления в норме.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. **Осмотр при помощи зеркал:** слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, увлажнена, шейка матки цилиндрической формы, не изменена, выделения из цервикального канала слизистые. **Влагалищное исследование:** шейка матки нормальной длины и консистенции, тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Справа и кзади от матки определяется образование до 6 см, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Слева придатки матки не определяются, область их безболезненная. **Ректовагинальное исследование:** слизистая ампулы прямой кишки гладкая, подвижная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована.

УЗИ органов малого таза: шейка матки 35*26 мм с множественными кистами эндоцервикса, цервикальный канал расширен до 2 мм за счет анэхогенного содержимого. Тело матки 33,0*32,0*40,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо 2 мм, однородное. Левый яичник: 20,0*18,0*10,0 мм, однородной структуры. В области правых придатков определяется овоидное средней эхогенности солидное образование с четким наружным контуром 56,0-58,0-

60,0 мм, при ЦДК кровотоков в структуре образования умеренно выражен, более 4 локусов в УЗ-срезах (ИР 0,26-0,32). По данным УЗИ малого таза создается впечатление о наличии метастазов в структуре большого сальника. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Задание к ситуационной задаче:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения.

Задача 25

Пациентка Х, 36 лет, обратилась к врачу – гинекологу женской консультации с целью подбора контрацепции, жалоб не предъявляла. Предшествующее посещение гинеколога 7 лет назад во время беременности.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 15 лет, регулярный менструальный: по 6 дней, через 28-30 дней. Половая жизнь с 18 лет, промискуитет (более 20 половых партнеров), в браке с 25 лет. В качестве контрацепции использует прерванный половой акт, реже барьерный метод контрацепции. В анамнезе 5 беременностей, 2 самостоятельных родов, без осложнений, 3 медикаментозных аборта, без осложнений. «Эрозия» шейки матки после родов, по поводу которой выполнена криодеструкция шейки матки.

Перенесенные заболевания: детские инфекции – ветряная оспа, корь, эпидемический паротит. Аппендэктомия в 14 лет.

Анамнез заболевания: на момент обращения у пациентки 14 день менструального цикла.

Объективно: Состояние при осмотре удовлетворительное. Рост 166 см, вес тела 84 кг. Язык влажный, чистый, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в минуту, АД – 120/70 мм рт ст. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины и притупления в отлогах местах брюшной полости нет.

Гинекологический осмотр: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Выделений из половых путей нет. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, чистая; шейка матки цилиндрическая, не деформирована, с эктопией цилиндрического эпителия в области наружного зева циркулярно вокруг наружного зева до 0,5-0,7см. Выделения из цервикального канала слизистые на 14 день менструального цикла.

Влагалищное исследование: шейка матки обычной величины, плотная, тракции за шейку матки безболезненные. Тело матки спереди, нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки справа и слева не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие.

УЗИ органов малого таза: тело матки нормальной величины 48-33-44мм, структура миометрия однородная, средней эхогенности, полость матки не деформирована, м-эхо 7мм однородной структуры, двуслойное. Шейка матки длиной 38мм, диаметром 34мм, в структуре шейки матки парацервикальные кисты в виде жидкостных включений до 6мм, цервикальный канал 2,5мм неоднородной структуры. Яичники с 2 сторон нормальной величины, 30-17мм с несколькими жидкостными включениями до 5мм и доминантным фолликулом в виде жидкостного включения до 14мм. Свободной жидкости в малом тазу нет. **Мазки на онкоцитологию:** HSIL. **Расширенная кольпоскопия:** шейка матки цилиндрическая, зона трансформации 1-го типа, стык эпителия располагается на влагалищной порции шейки матки, на 11-13 часах условного цифрового циферблата участок ацетобелого йод-негативного многослойного плоского эпителия, имеется пунктация.

Задание к ситуационной задаче:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования.
3. Дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и двух ситуационных задач.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

4. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

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

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

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

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

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

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

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет

необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

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

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

5. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

Основная литература	
№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1	Акушерство (учебник для медицинских вузов) / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава и др. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2020г. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453247.html
2	Акушерство. Национальное руководство / гл. ред. Э. К. Айламазян, Москва, “ГЭОТАР-Медиа”, 2013г. Доступ: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423349.html
3	Гинекология (учебник для высшего профессионального образования) / под редакцией Савельевой Г.М., В.Г., Бреусенко, Москва, “ГЭОТАР-Медиа”, 2022г. Доступ: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459287.html
4	Гинекология. Национальное руководство / под редакцией Г.М Савельевой., В.Н. Серов, В.Е. Радзинский., Москва, “ГЭОТАР-Медиа”, 2020г. Доступ: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459287.html
5	Акушерство и гинекология: клин. рек. / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. Доступ: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439760.html
Дополнительная литература	
№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1	Внематочная беременность (учебно-методическое пособие) / Ю. Э. Доброхотова, А. З. Хашукоева, Л. А. Озолина и др. – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019г.
2	Патология сердца и беременность (учебное пособие) / под редакцией Ю. Э. Доброхотовой. – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018г.
3	Профилактика тромбоэмболических осложнений при беременности и в послеродовом периоде (методические рекомендации) / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, М. А. Лысенко – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018г.
4	Гистероскопия (атлас и руководство) / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Капушева. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2018г. Доступ: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443811.html
5	Холестаз беременных (методические рекомендации) / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, М. А. Лысенко – Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018г.
6	Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: диагностика, лечение, профилактика (учебное пособие) / сост.: Н. Н. Володин, М. А. Курцер, Л. И.

- Ильенко и др. – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020г.
- 7 Профилактика тромбоэмболических осложнений при беременности и в послеродовом периоде (методические рекомендации) / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, М. А. Лысенко – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018г.
 - 8 Акушерство. Материалы для подготовки и контроля знаний ординаторов по основным вопросам акушерства и гинекологии (учебно-методическое пособие) / под ред. М. А. Курцера, Г. М. Савельевой, Ю. Э. Доброхотовой – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021г.
 - 9 Гинекология. Материалы для подготовки и контроля знаний ординаторов по основным вопросам акушерства и гинекологии (учебно-методическое пособие) / под ред. М. А. Курцера, Г. М. Савельевой, Ю. Э. Доброхотовой – Москва, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021г.
 - 10 Fundamentals of Obstetrics and Gynecology / под ред. J. Oats, S. Abraham. – th 10 ed. – Edinburgh etc. - Elsevier, 2017г.
 - 11 Гистероскопия (атлас и рук.) / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Капушева. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2018г. Доступ: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443811.html>
 - 12 Кокрановское руководство. Беременность и роды / Д. Ю. Хофмейр, Д. П. Нейлсон, З. Алфиревич и др.; пер. с англ. В. И. Кандрора, О. В. Ереминой. – Москва, Логосфера, 2010 г. Доступ: <https://www.books-up.ru/ru/book/kokranovskoe-rukovodstvo-2009792/>
 - 13 Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии (нац. рук.) / гл. ред.: Л. В. Адамян и др. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2012г.